

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 décembre 1892, à 1 heure

Par ALBERT DELANSORNE

Né à Doullens (Somme) le 24 octobre 1864

Ancien externe des hôpitaux

Mé daille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

MANIFESTATIONS SYPHILITQUES

RÉCIDIVANT IN SITU

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges { MM. PINARD, professeur.
 BRISSAUD et VARNIER, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 décembre 1892, à 1 heure

Par ALBERT DELANSORNE

Né à Doullens (Somme) le 24 octobre 1864

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES

RÉCIDIVANT IN SITU

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. PINARD, professeur.
BRISSAUD et VARNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	N.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BAILL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MÉNÉTRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES RÉCIDIVANT IN SITU

AVANT-PROPOS

Chacun mène sa vérole à sa façon. Si M. le professeur Fournier a pu, d'une façon générale, comparer très justement l'évolution méthodique de la syphilis à « une sorte de drame qui se subdivise en une série d'actes et d'entr'actes successifs », Rollet a pu également dire que « la syphilis n'est pas une trilogie invariable et fatale ». Atténuée, la maladie se borne parfois à un seul acte, ou bien grave, elle brûle les étapes, prend une marche galopante dans les formes malignes précoces connues depuis Bazin et Dubuc (1866), Ory (1876), A. Morel-Lavallée (1888), G. Baudouin (1889).

Parfois dans le « scénario morbide », complet ou non, mais du moins toujours mal construit, se répètent d'une façon désespérante les mêmes faits sous les mêmes formes et au même endroit. Tantôt l'action traîne en longueur sans variante aucune ; tantôt elle marche rapidement aux situations graves qu'elle fait renaitre sans cesse ; tantôt près du dénouement elle revient sur ses pas par un chemin déjà connu ; sur la scène qu'elle avait longtemps laissée libre, la syphilis reprend tous ses droits.

La vérole n'a plus ici une « évolution méthodique » ; elle n'est plus toujours la maladie « hiérarchique » (Ricord).

Pendant les deux années que nous avons passées à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier, nous avons maintes fois observé des récidives de manifestations syphilitiques se faisant au même siège. Nous avons pu, durant le cours de nos études, suivre chez quelques malades leur évolution pendant plusieurs années, et c'est à l'étude de ces accidents que sera consacré ce travail.

Notre tâche, nous nous plaisons à le reconnaître, a été facilitée par l'obligeance si connue de notre savant maître qui a mis à notre entière disposition ses documents particuliers si riches en observations cliniques. Que M. le professeur Fournier veuille bien agréer le respectueux hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance extrême qu'il nous a constamment témoignée, le haut enseignement qu'il nous a donné et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le Dr A. Morel-Lavallée, ancien chef de clinique de la Faculté, après avoir dirigé nos premiers pas dans l'étude des maladies syphilitiques et cutanées, n'a cessé de nous donner les marques de la plus grande confiance et du plus vif intérêt. C'est sous sa direction que nous avons recueilli la plupart des éléments de ce travail dont il nous a donné l'idée première. Puisse cet essai n'être pas trop indigne de celui qui l'a inspiré.

Que M. le professeur Panas daigne agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement si précieux que nous avons reçu de lui et la constante bienveillance qu'il nous a prodiguée pendant l'année que nous avons passée à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nous conserverons toujours le meilleur souvenir de M. le Dr E. Juhel-Rénay qui ne nous a ménagé ni ses conseils éclairés, ni son affectueuse sympathie, ni ses savantes leçons, alors qu'il remplaçait à l'hôpital Lariboisière notre regretté maître le Dr Siredey.

M. le Dr Lucas-Championnière, ce maître dont la haute valeur chirurgicale est connue de tous, nous a montré tout ce que l'on peut demander à la chirurgie antiseptique. Nous lui adressons ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous n'oublierons pas le temps trop court qu'il nous a été donné

de passer à l'hôpital Trousseau et à la Maternité de la Pitié, auprès de MM. les professeurs agrégés Legroux et Maygrier. Nous leur devons les éléments si précieux de la médecine infantile et des accouchements. Nous les remercions bien sincèrement des marques de confiance dont ils ont bien voulu nous honorer.

Que MM. les D^{rs} Brun, Hudelo, Darier, P. Sebileau, G. Baudouin et A. Terson veuillent bien agréer aussi l'expression de notre gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0071

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

« La syphilis est un état de santé apparente interrompu de temps à autre par des invasions morbides peu durables » (Fournier).

La première manifestation de la maladie est le chancre syphilitique. Cette lésion première ne fait défaut que dans deux cas : la syphilis héréditaire et la syphilis par conception. Le chancre se montre, après une incubation de 15 à 35 jours en moyenne, au point précis où a pénétré le virus ; très variable comme siège (chancre des parties génitales ou périgénitales, chancre extra-génital), unique assez souvent, toujours non inoculable à l'individu qui en est porteur, il est constitué par une érosion ou une ulcération superficielle, petite, arrondie ou ovalaire, suintant un peu, uniformément rougeâtre, ou grisâtre au centre et rouge à la périphérie, à surface lisse, unie, sans bords véritables, se continuant de plain-pied avec les tissus voisins, indolente, reposant sur une base plus ou moins rénitente et dure. En même temps que cette induration s'accroît, les ganglions de la région correspondante se prennent isolément, sans réaction inflammatoire. Cette pléiade ganglionnaire est indolente, indurée comme l'accident primitif dont elle est « le satellite, le compagnon obligé ».

Chancre et adénopathie, tels sont les deux seuls phénomènes qui constituent la première période.

Puis, nouveau silence durant environ 45 jours. La sclérose initiale est déjà souvent cicatrisée, mais l'induration et l'adénopathie persistent encore lorsque se montre toute une série nouvelle de symptômes. Alors s'ouvre la période secondaire, période de généralisation, où se montrent les manifestations de l'intoxication latente jusque-là, où la santé générale qui paraissait indemne s'altère ; le malade se plaint de douleurs ostéocopes et surtout de céphalée à exaspération vespérale ; en proie à une lassitude générale il perd ses forces, ne dort pas, pâlit ; il maigrit, a de l'inappétence, des sueurs abondantes, de la

fièvre parfois intense, en même temps apparaît toute une série de troubles de l'innervation surtout marqués chez la femme.

Simultanément se montre un exanthème d'un rose tendre, rose fleur de pêcher (Fournier), non prurigineux, qui se généralise en un ou deux septénaires. C'est la roséole; elle ne desquame pas, dure de 2 à 7 semaines et souvent elle n'a pas encore pris cette coloration rose triste de la période de décroissance, que déjà viennent se mêler à ses éléments érythémateux d'autres éruptions disséminées, jetées sans ordre, comme au hasard soit sur la peau, soit sur les muqueuses.

Les ganglions lymphatiques se tuméfient et s'indurent dans les régions les plus diverses. Ces adénopathies secondaires sont indolentes et roulent sous le doigt.

Le système pileux est presque toujours atteint : l'alopécie du cuir chevelu se fait en clairière, les sourcils tombent à leur partie externe.

Plusieurs poussées éruptives se montrent à la suite de la première poussée générale, séparées par d'assez variables intervalles.

Disséminées sur tout le corps, sans disposition spéciale, bénignes, superficielles, elles ne laissent aucune trace après leur disparition qui peut être spontanée. Mais à la fin de la seconde période les éruptions sont déjà moins polymorphes et moins généralisées, plus régionales, plus groupées, astreintes à une forme déterminée. Comme le dit le professeur Fournier, la vérole se discipline en vieillissant.

Cependant les symptômes généraux du début : la fièvre, l'hypoglobulie, l'amaigrissement, l'asthénie ont cédé depuis longtemps, et la santé assez vigoureusement malmenée s'amende peu à peu. Dans la 3^e ou 4^e année le calme se produit. Mais alors peuvent se montrer quelques accidents plus graves : l'iritis, l'épididymite, les périostoses ou des manifestations viscérales.

Dès lors la phase virulente est terminée, les accidents contagieux ont cessé. A dater de ce moment, si la maladie n'est pas complètement guérie, elle entre dans une nouvelle période. Celle-ci débute vers la 3^e ou 4^e année. Au delà on est à l'état de tertiarisme en action ou de tertiarisme larvé. La durée en est illimitée; les accidents tertiaires sont « des billets à ordre de la vérole à échéance absolument illimitée » (Fournier). Profonds et destructifs, ils se montrent plus circonscrits et plus graves que les accidents secondaires avec toutes les variations possibles de date d'apparition, de nombre, de siège (tégu-

ments cutanés ou muqueux, viscères, os, etc.). De même que les accidents secondaires ils sont capables de guérir spontanément sans laisser de traces ; mais d'ordinaire ils laissent après eux une destruction des tissus envahis, sans retentir sur l'état général. Cependant leur siège, leur multiplicité, leur étendue, leur durée joints aux états morbides antérieurs ou présents de l'individu peuvent exercer une action plus ou moins nuisible sur l'organisme et le mettre en danger à toute époque de la vie.

La médication spécifique a, sur la plupart des accidents précédents, une influence des plus manifestes.

Mais lorsque d'anciennes lésions cutanées ou osseuses, longtemps exposées à l'air et donnant lieu à une suppuration continuelle, ont déterminé la dégénérescence amyloïde du foie et des reins, cette action curatrice devient inefficace contre une lésion qui n'est pas spéciale à la vérole, et la cachexie syphilitique ne tarde pas alors à amener la mort. De même celle-ci peut être causée par une série de phénomènes qui pour n'avoir plus comme lésions et comme symptômes l'apparence, l'allure, le cachet syphilitique, n'en sont pas moins des conséquences indéniables de la syphilis, que celle-ci soit héréditaire ou acquise. Ce sont ces accidents syphilitiques d'origine, mais non de nature, que M. le professeur Fournier a appelés *parasyphilitiques*.

Telle est, abstraction faite de toute particularité de forme ou d'intensité, l'évolution ordinaire d'une syphilis commune. Sa marche est progressive ou décroissante, sans accidents inattendus. Du commencement à la fin l'évolution de la syphilis se compose, nous dit Diday, d'une série de sommeils et de réveils, c'est-à-dire de trêves, puis de vie manifestée mais sous des aspects divers.

Il nous fallait connaître, au moins sommairement, le type habituel pour mieux juger des différences, des modifications profondes que nous rencontrerons à chaque pas dans cette étude. « En effet, dit encore Diday, la syphilis est semblable chez tous les individus qui l'ont contractée. Semblable, oui, mais identique, tant s'en faut. Envisagée dans son ensemble elle a des caractères et des allures de race qui suffisent à la faire reconnaître, mais chez chacun elle se comporte, sévit, croît ou décroît, dure et se termine à sa manière ». C'est à l'étude d'une de ces manières d'être que tend à répondre ce travail où nous verrons une forme de syphilis plus ou moins grave, s'attacher à une région, à un organe avec une ténacité telle qu'elle y semble *chevillée*.

« Les récidives in situ, dit le professeur Fournier, peuvent s'observer à toutes les périodes de la syphilis :

1° Nous avons tous vu par exemple un chancre infectant guéri, cicatrisé, s'éroder, s'ulcérer de nouveau sur place, ressusciter en un mot, c'est le chancre redivivus ou redux.

2° A la période secondaire on voit parfois se reproduire in situ les accidents spécifiques de cette période, exemple le psoriasis syphilitique palmaire récidivant. De même pour certaines syphilides régionales, péri-buccales par exemple, soumises à d'incessantes récidives.

3° A la période tertiaire je puis citer le phagédénisme scrotal ou encore les exostoses frontales. J'ai vu jusqu'à 14 récidives d'une exostose de la bosse frontale gauche. »

Tantôt la récidive est continue en ce sens que la 2^e lésion est surajoutée à la première sans stade d'accalmie ; tantôt elle est discontinue lorsque la guérison de la lésion a précédé le début de l'autre. La période intercalaire est des plus variables. Après un silence de 2, 4, 6, 10, 20 ans et plus, réapparaissent des accidents qui se succèdent tantôt à courte échéance de quelques semaines, de quelques mois, tantôt à long terme.

Dans cette forme que nous nous proposons d'étudier, la prédominance même des récidives de certaines syphilis bénignes les fait sortir de la banalité. Alors que les premiers symptômes de l'infection générale sont encore en pleine poussée, alors que la maladie « fait sa crise aiguë », que la pullulation et la généralisation des phénomènes morbides témoignent non pas seulement de l'imprégnation totale de l'organisme mais d'une sorte de fermentation et d'effervescence du principe virulent, éclate une récidive, ou bien l'accident primitif se transforme in situ en syphilides secondaires. Ces récidives se succèdent à plusieurs reprises, quelquefois même d'une façon subintrante, les deux ou trois premières années de l'infection, voire même plus longtemps. Ce n'est plus alors une maladie protéiforme avec ses manifestations multiples et variées (muqueuses, cutanées, viscérales), mais une affection dont la similitude des lésions est frappante et dont les accidents se montrent toujours aussi vivaces après de nombreuses irrptions qu'à l'époque des premières atteintes. Toutefois le siège, l'étendue, l'intensité, la durée, la fréquence des récidives varient beaucoup d'un individu à l'autre. Le traitement et les conditions indivi-

duelles donnent la clef de la plupart de ces différences et des rémissions qui séparent deux atteintes successives. Mais il est aussi des caprices inexplicables dans les retours inattendus et les réveils brusques de certaines manifestations secondaires qui, déroutant toute prévision, ne récidivent qu'à des échéances très reculées longtemps après l'infection, alors que la syphilis déjà ancienne « ne semble plus en droit d'avoir de ces poussées de jeunesse » (Portalier). L'âge de la maladie imprime une atténuation graduelle aux récidives et comme étendue et comme durée, mais en elles-mêmes, les manifestations qui se succèdent sont constituées par des lésions semblables affectant, en général, plus d'ordre que la première atteinte. Le pronostic de la période secondaire dans son ensemble est assurément plus sérieux à cause de sa durée qui est prolongée, mais en somme, d'une façon générale on peut regarder ces retours toujours identiques de l'affection comme vexatoires, gênants pour le malade, ainsi que le dit M. Lancereaux, plutôt que comme graves tant que ne s'ouvre pas la période tertiaire avec ses menaces continuelles et illimitées. Gardons-nous cependant de trop généraliser, la gravité côtoyant souvent la simple gêne, c'est l'histoire de la hernie... jusqu'au jour où elle s'étrangle et conduit à un désastre. De même dans ces formes récidivantes, il est assez commun de rencontrer des syphilis qui, moyennes ou mêmes légères, en tant que symptômes, en tous cas clémentes, pour la personne qui en est affectée, deviennent graves, par suite de leurs conséquences (mariage, contagion, hérédité).

Aussi bien après une période secondaire bénigne, légère, voire même presque fruste et latente, qu'après une période secondaire intense, orageuse, mouvementée par de multiples décharges éruptives, il n'est pas rare de voir à la période tertiaire, une même lésion persister d'une façon continue pendant des mois et des années, dans une région où elle s'éteint en un point pour se ranimer à l'autre. Ou bien après une trêve plus ou moins longue de la maladie les mêmes accidents réapparaissent sous leur forme première et avec une prédilection marquée pour leur localisation primitive (unique ou multiple) qu'ils choisissent à l'exclusion de toute autre. Là ils se livrent à de nouvelles poussées qui se répéteront sans qu'on puisse en prévoir la fin, ou bien ils rentrent en scène à des étapes avancées de la diathèse, après un long assoupissement, comme si cette localisation constituait

un milieu favorable à la culture et à l'évolution du contagé syphilitique qui semble avoir abdiqué ses droits partout ailleurs.

Cependant il est difficile de comprendre pourquoi la maladie limite son action morbide à un seul organe alors que l'économie tout entière est imprégnée du virus syphilitique qui pénètre partout avec le sang. La raison de ces localisations est obscure et nous échappe souvent, d'autant plus que le siège des manifestations secondaires semble d'une façon générale jouer un rôle sinon tout à fait étranger, du moins peu marqué dans la détermination locale du tertia-risme.

Toutefois, bien que cette immunité relative d'autres accidents entre deux atteintes (soit en des points différents, soit sous une forme également différente) constitue une particularité clinique que nous relevons dans beaucoup d'observations, il ne faut pas demander aux faits pathologiques une rigueur extrême qu'ils ne comportent pas. Cet isolement des récidives *in situ* n'est pas absolu. On peut en effet observer parfois d'autres manifestations évoluant en même temps. Mais d'importance moindre, celles-ci passent au second rang, c'est la récidive *in situ* qui attire toute l'attention, arrive à dominer la scène morbide, à s'en emparer complètement, reléguant bien loin les autres lésions qui l'accompagnent.

D'autres fois une poussée plus intense apparaît, les accidents disséminés frappent de différents côtés, un peu au hasard, mais les régions antérieurement atteintes ne sont pas épargnées, ainsi que nous l'apprennent les commémoratifs fournis par le malade.

Dans la syphilis maligne précoce où les manifestations tertiaires se montrent de bonne heure, quelquefois même avant que les symptômes secondaires aient apparu, les récidives se succèdent avec une grande rapidité ; mais moins fixes dans leur siège, les lésions par leur dissémination, par leur allure déréglée, par leur évolution rapide se rapprochent des éruptions secondaires. Pendant un, deux et même trois ans les mêmes accidents se répètent coup sur coup, voire au milieu du traitement le plus sérieux, et, quel que soit le système ou l'organe qu'affectent les manifestations nouvelles, se bornant à une seule expression symptomatique, elles s'y montrent toujours avec les caractères des lésions tertiaires. On comprend facilement que ces poussées successives, subintrantes ne sont pas sans retentir profondément sur

la santé générale ; aussi amènent-elles une dénutrition grave, une anémie marquée et un affaiblissement considérable.

Un malade que nous avons vu maintes fois dans le service de M. le professeur Fournier, homme d'une stature colossale, était porteur aux halles avant sa maladie. Épuisé par les manifestations cutanées multiples de la syphilis qui prend en même temps chez lui le caractère dénutritif, il est obligé d'abandonner un métier qu'il faisait autrefois sans la moindre fatigue, ayant perdu toute espèce de vigueur et de forces et réduit aux derniers expédients pour vivre (obs. 26).

D'autres fois, méthodique jusque-là dans sa marche progressive, après avoir passé par les trois périodes, la syphilis semble revenir sur ses pas ; par une sorte d'inconséquence elle déroge à sa règle générale, reproduit des lésions superficielles, généralisées même, alors que chronologiquement, classiquement, dirons-nous, elle ne devrait plus se manifester que par des réactions profondes, circonscrites et destructives.

En somme, ces formes récidivantes qu'on observe assez fréquemment, nous ont paru avoir un cachet spécial, dominant, une sorte d'individualité, de personnalité qui permet d'en faire, au milieu des syphilis anormales, un groupe particulier dans lequel cette fois la maladie n'est plus « en puissance », mais bien « en action », où les invasions morbides sont sinon « durables », du moins fréquentes et répétées. Toutefois, disons-le, leur seule caractéristique n'est pas la multiplicité plus ou moins grande des récidives, mais bien l'uniformité de leurs manifestations et de leur siège. Après des stades variables d'état latent, la lésion première se reproduit dans sa pureté primitive. Non point que nous affirmions qu'ici la syphilis a choisi un point fixe où elle est pour toujours immobilisée dans l'évolution des mêmes accidents sans l'adjonction d'aucun autre symptôme spécifique, non point que nous regardions cette maladie comme une sauvegarde, une garantie certaine contre d'autres déterminations (« la vérole dresse plus d'embûches, qu'elle ne conclut de paix ») ; mais nous chercherons à montrer par des cas assez longtemps observés, les mêmes poussées se succédant au même siège à l'exclusion de tout autre, dans la grande majorité des faits, tandis que dans la forme ordinaire la syphilis frappe un peu partout, se traduit par des lésions protéiformes, disséminées d'un endroit à l'autre, présente dans son

processus des péripéties variées. Évidemment les atteintes varieront d'un individu à l'autre, mais une fois apparues chez l'un d'eux, elles concentreront chez ce sujet toute leur action morbide sur le même point sans aucune détermination de la diathèse sur d'autres régions. C'est pourquoi il nous faudra passer en revue les différents accidents de la syphilis à toutes ses étapes, et c'est surtout de l'analyse des observations plus que de l'étude générale, que découlera ce caractère dominant de l'uniformité de siège et de manifestation.

Après avoir étudié d'une façon générale ces manifestations récidivant sous l'aspect des accidents primaire, secondaire et tertiaire, nous jetterons un coup d'œil sur leurs sièges les plus favorisés (mains, bouche, cerveau, etc., etc...), avec les différentes formes qu'elles sont susceptibles d'y revêtir chez des individus distincts, abordant à propos de chacune d'elles le diagnostic des affections récidivantes non syphilitiques.

A ce point de vue, en effet, la connaissance de cette évolution clinique de la syphilis a, dans certaines circonstances, une haute importance, à notre avis du moins. Averti de sa possibilité, le médecin se tiendra sur ses gardes et évitera de la confondre avec d'autres affections récidivant in situ (herpès, psoriasis, lupus, etc., etc...).

Au même titre, qu'on nous permette une remarque : ouvrons un traité quelconque de pathologie au chapitre du diagnostic ; que lisons-nous invariablement dès qu'il s'agit de différencier une maladie quelconque d'une affection syphilitique ? Ceci textuellement : les commémoratifs, la marche des accidents passés ou actuels, les cicatrices apporteront le plus utile appoint dans le diagnostic que viendra du reste infirmer ou confirmer le traitement antisyphilitique donné comme pierre de touche.

Or, si nous exceptons l'épreuve thérapeutique qui reste toujours, en dernière analyse, le jalon le moins infidèle, le juge le plus sûr du débat, que voyons-nous ? Anamnestiques, accidents présents et passés, marche de la maladie, cicatrices n'apporteront ici qu'indications ou vagues ou trompeuses parfois à l'égard de lésions qui présentent ces similitudes de siège, d'aspect, d'évolution récidivante. Les commémoratifs ? Ils sont souvent niés ou ignorés du malade, ou donnés incomplètement. Il n'est pas rare de voir l'affection reparaitre après plusieurs années de silence complet, alors que le souvenir du chancre et des

premières éruptions est presque entièrement éteint, voire même perdu. Des malades affirment alors, avec la plus entière bonne foi, qu'ils n'ont jamais rien eu et leur dire semble confirmé par la recherche négative de toute trace de vérole.

Les renseignements fournis par les malades ne doivent donc être admis qu'avec la plus grande réserve ; ils ont souvent une valeur insuffisante quand il ne s'agit pas de l'occasion d'une erreur ; ainsi une syphilide ulcéreuse chancriforme sera considérée comme accident primitif par le seul fait (tout de coïncidence) de son apparition, quelque temps après un coït, nous dit le malade, et ce cas ira grossir le nombre des syphilis doublées !

Les manifestations antérieures ? Elles ont pu passer inaperçues du malade, observateur plus ou moins attentif. Admettons qu'elles aient été notées avec soin ; identiques de siège et de forme dans les cas que nous étudions, elles n'apportent par suite aucun élément nouveau au diagnostic, si nous ignorons la possibilité fréquente des mêmes récidives in situ. Nous n'en voulons pour exemple que le cas de ce malade chez qui des lésions syphilitiques sont par deux fois regardées et traitées comme de l'herpès circiné ; résultat : pas de traitement spécifique et récidives multiples dans la suite.

Les cicatrices ? Elles font défaut assez souvent encore, puisque (nous l'avons dit et nous le prouverons dans les pages qui suivent et dans nos observations) ces récidives in situ se montrent presque toujours à l'exclusion de toute autre manifestation ; par suite l'évolution des accidents actuels au même siège, cache les stigmates des lésions antérieures.

La marche soit de la syphilis, soit seulement d'une de ses manifestations ? Mais, n'est-ce pas la chose la plus variable, la plus incertaine. N'y a-t-il pas des syphilis qui évoluent rapidement et d'autres avec une lenteur extrême ? A côté des syphilis continues, n'y a-t-il pas des arrêts de 5, 10, 15, 30 ans et plus, après lesquels la maladie latente peut se traduire par des manifestations aussi vivaces que celles des 3 ou 4 premières années de la maladie, avec une similitude absolue, même dans les plus petits détails, alors que l'âge, pouvait-on croire, devait y apporter des modifications plus ou moins profondes.

Dans les chapitres suivants nous tâcherons de préciser les causes des récidives in situ, leur pronostic et leur traitement.

Cette ébauche terminée, nous ne nous dissimulerons pas les lacunes qu'il reste à combler, trop heureux si nos efforts ont réussi à poser un jalon dans ce champ si souvent exploré et si plein d'inconnu, de la syphilis !

Ces accidents syphilitiques récidivant in situ, variables suivant les divers malades, mais toujours les mêmes pour chaque malade, ont été signalés depuis longtemps ; ils sont cités dans les ouvrages qui s'occupent de syphiligraphie. Mais, si nous exceptons la communication faite par M. Portalier au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de 1889, nous ne connaissons aucun travail d'ensemble où ces faits soient réunis. Ce sont ces éléments épars, disséminés au milieu des nombreuses publications syphiligraphiques que nous allons tenter de rassembler dans cette étude.

Il ne faut pas remonter bien haut, à 40 ou 50 ans au plus, disent MM. T. Barthélémy et F. Balzer dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, pour voir des hommes instruits soutenir avec acharnement et avec preuves à l'appui — du moins le croyaient-ils — que les syphilides récidivantes étaient le fait d'autant de maladies isolées ! On peut mesurer par ces quelques mots les services que l'esprit net et sagace de Ricord a rendus à la syphiligraphie. « On n'entasse pas vérole sur vérole, c'est assez et déjà trop d'une ! » disait l'illustre syphiligraphe. Récemment encore, M. Hudelo, passant au crible d'une critique sévère de nombreuses observations, montre que si l'on voit moins de réinfections qu'autrefois, on n'a pas encore cessé d'en voir beaucoup trop. De ce côté (du reste aussi bien au point de vue de la syphilis que de la fièvre typhoïde, comme le faisait remarquer dernièrement encore le professeur Potain, *Bull. médical*, juillet 1892), les médecins allemands sont étonnamment favorisés alors que ni la pratique personnelle du professeur Fournier, ni la statistique contemporaine de l'hôpital St-Louis, ni les médecins du Midi n'ont encore fourni un seul cas de syphilis doublée ! L'étude du chancre redux ne va pas tarder à nous éclairer sur ce point. Mais, si dans son ensemble, la question des récidives des accidents syphilitiques a fait des progrès, beaucoup de points restent encore dans l'obscurité. C'est l'un de ces points qui va nous occuper ; nous allons maintenant étudier ces accidents semblables d'une même maladie momentanément interrompus, se répétant au même siège sous l'influence d'une même cause morbifique qu'il les a d'abord occasionnés.

§ 1. — RÉCIDIVES AU SIÈGE ANTÉRIEUR DU CHANCRE

Quand l'accident primitif est en pleine évolution, qu'il ne présente encore aucune tendance à la cicatrisation, à la guérison, il peut se faire une transformation in situ de syphilides érosives ou papulo-érosives. Cette rapidité dans la marche des accidents démontre le plus souvent, sinon une syphilis grave précoce, du moins une syphilis plus intense que de coutume. Mais aussi, il est certain que le siège du chancre joue, à cet égard, un rôle très important sans impliquer même un mauvais présage. Cette rapide transformation in situ s'observe surtout dans les régions où des surfaces humides sont continuellement en contact ; les sécrétions qui baignent l'ulcération et la maintiennent dans un état continu d'humidité semblent favoriser l'éclosion précoce des accidents secondaires, aussi n'est-il pas rare d'observer ces faits soit à la vulve chez les femmes atteintes de leucorrhée, soit à la verge lorsque le chancre est caché sous le prépuce. Le manque de soins de propreté est une des causes adjuvantes les plus communes. A la bouche, ces transformations sont déjà plus rares. Sur la peau elles deviennent des exceptions, sauf dans les points où les surfaces cutanées sont juxtaposées.

Parfois le chancre a tardé pour un motif quelconque à se cicatriser, la réparation n'est pas complète, les phénomènes d'infection générale et les éruptions secondaires ont déjà apparu ; en même temps qu'on observe celles-ci sur d'autres régions, on les voit se montrer au siège de la sclérose initiale, dans son atmosphère immédiate qui présente des conditions favorables au développement d'une manifestation éruptive. L'érosion déjà presque cicatrisée parfois ou détergée et bourgeonnante devient proéminente et souvent se recouvre à nouveau d'une pellicule diphtéroïde ; sous cet aspect nouveau elle ne peut être distinguée des papules muqueuses développées au voisinage que par l'induration lorsque celle-ci persiste ; encore ce signe n'a-t-il pas toujours une signification certaine, car on voit quelquefois la base d'une papule muqueuse irritée, s'indurer à un certain degré. En réalité le chancre n'existe plus, il a fait place à une lésion d'un autre ordre, il a subi la transformation in situ bien connue depuis les

observations très exactes de Davasse et Deville (1845). Ce sont ces faits qui autrefois ont pu faire croire (Cusco, 1862 ; Lancereaux, 1873) que la syphilis *débutait* parfois par des *accidents secondaires*. Or, on sait aujourd'hui que les prétendues papules muqueuses primitives sont des chancres modifiés.

Aux seins où elle a été signalée, cette transformation in situ du chancre en plaque muqueuse, mérite toute l'attention du médecin légiste à cause des conséquences graves dont elle peut être l'occasion, des situations fécondes en éventualité les plus regrettables qu'elle peut susciter. Aussi ne doit-on jamais oublier dans ces cas de rechercher le bubon, « ce témoin posthume du chancre qui lui survit longtemps » (Ricord).

Une modification analogue peut se produire d'une manière différente, ainsi que l'a montré le professeur Fournier, lorsque le chancre se trouve envahi et comme absorbé par des lésions secondaires développées à sa périphérie (obs. 16).

Dè ces faits, nous devons rapprocher les récidives qui sont apparues au niveau même de la plaie opératoire dans les tentatives de traitement abortif par l'excision, ainsi que l'ont observé Delpech, et plus récemment Mauriac.

« *Excision d'un chancre syphilitique à la 48^e heure de sa durée*, par MAURIAC (*Annales de dermat. et syphiligraphie*, p. 533, juillet 1881).

« Un étudiant en médecine s'aperçut le matin que la femme avec laquelle il venait de coucher était atteinte de blennorrhagie et de syphilis secondaire (plaques, roséole, etc.). Il eut d'abord une blennorrhagie; et, s'examinant avec une minutieuse attention, il vit apparaître sur la muqueuse préputiale, 29 jours après le coït infectant, deux érosions qui, après 48 heures de durée, se montrèrent sous forme de taches lenticulaires, d'un rouge foncé, très finement granulées, un peu humides, rondes, légèrement saillantes, indolentes, ni enflammées ni indurées, avec absence d'adénopathie. Excision immédiate, complète, suivie au bout de 4 jours de phimosis avec balano-posthite. Au bout de 11 à 12 jours, quand on put ramener le prépuce en arrière, on constata que les deux plaies de l'excision étaient en partie cicatrisées et non indurées; mais qu'une large érosion non indurée était développée au voisinage de l'une d'elles. Les ganglions de

l'aine se tuméfièrent un peu, et au 63^e jour, après l'apparition des deux papules excisées, il poussa dans le sillon balano-préputial 5 à 6 plaques d'induration présentant au plus haut degré la consistance et l'élasticité du néoplasme primitif, à surface lisse à peine érodée et humide, ressemblant aussi exactement que possible à des chancres syphilitiques récemment cicatrisés. A huit jours de là, Mauriac constatait la présence de plaques muqueuses typiques dans la gorge. L'excision faite n'avait donc pas prévenu l'intoxication, mais celle-ci avait peut-être été retardée et atténuée. Mauriac fait remarquer à ce propos, que l'incubation des accidents secondaires a été de 63 jours (normalement 45) et que ceux-ci à 3 mois de date ne paraissaient pas avoir de tendance à se généraliser. n'ayant encore attaqué que la gorge et la muqueuse balano-préputiale. »

Dans une observation d'Arnoz (Journal de méd. de Bordeaux, octobre 1890) la plaie opératoire s'indura 8 jours après l'excision ; cette induration progressa malgré la cicatrisation ; des chancres apparurent au pourtour, multiples, successifs. Et cependant l'excision avait été faite 70 à 75 heures après le début du chancre !

Chez un étudiant dont Jullien avait reconnu la maîtresse syphilitique, des démangeaisons parurent le 22 décembre, le 27 une papule survint ; le 30 elle était recouverte d'une croûte. Excision. La plaie, fermée par trois points de suture, se réunit primitivement, mais au 15^e jour une induration la doubla et au 55^e jour apparaissait une papule cuivrée (comm. Société de dermatologie et de syphil., 9 juillet 1891).

Dans quelques cas même la reproduction dans la cicatrice de l'induration chancreuse a été opérée à nouveau et suivie d'une nouvelle récurrence.

Après la cicatrisation du chancre, l'induration qui persiste peut dans sa résorption graduelle « s'arrêter spontanément ou sous l'influence de quelque cause d'irritation. La pellicule cicatricielle fait place à une érosion ou à une ulcération nouvelle et la lésion reprend bientôt les caractères qu'elle avait quelque temps auparavant : le chancre s'est reproduit sur place ou, comme disait Langlebert, le chancre préexistant reparait, c'est le chancre redux de Fournier. Sa durée est en général plus courte que celle de l'accident initial et ne dépasse guère 4 semaines ». Cette réulcération s'effectuerait dans le premier septénaire qui suit la cicatrisation de l'accident primitif,

quelquefois dans le 2^e ou le 3^e, rarement plus tard. C'est ainsi que, dans l'observation 49, un malade, atteint ultérieurement d'accidents graves et précoces, vit la cicatrisation de la sclérose initiale ne se faire qu'après 7 semaines ; mais 3 semaines plus tard nouvelle ulcération chancreuse qui guérit en 15 jours ; enfin 3 mois plus tard survient au même endroit exactement une syphilide ulcéro-gommeuse qui laisse cette fois une profonde cicatrice.

La cicatrice de ce chancre redux peut elle-même s'ulcérer, de sorte qu'on verra survenir un troisième simili-chancre 2 à 3 mois après le début du premier. Dans l'observation 1, trois récidives in situ apparaissent dans la 1^{re} année. De même dans l'observation 9 un chancre redux se montre 12 mois après l'accident primitif, se cicatrise en 3 semaines, puis réapparaît 4 à 5 fois pour être suivi plus tard d'un épithélioma de la verge. Chacune de ces récidives ne relevait d'aucun rapport sexuel, mais suivait de copieuses libations.

Les indurations satellites qui accompagnent parfois la sclérose initiale dans le sillon balano-préputial peuvent en s'ulcérant simuler un second chancre.

A des époques très éloignées de l'infection (10 mois, 3^e, 4^e, 7^e année) peuvent encore apparaître des indurations secondairement ulcérées, chancrifformes, se montrant aussi bien au siège du chancre cicatrisé que dans la région génitale voisine et même sur les lèvres et la langue. « Il ne s'agit donc plus ici de réulcération du chancre comme dans les cas ci-dessus signalés, mais de la formation de lésions nouvelles simulant l'éclosion et l'évolution du chancre syphilitique » (A. Morel-Lavallée).

« Quand la résorption de la sclérose est complète, dit G. Homolle, la repullulation du chancre est encore possible, comme s'il persistait dans le point où il a existé une cause d'irritation spéciale, capable de susciter à nouveau le travail néoplasique qui avait donné naissance à la sclérose initiale (induration secondaire ou pseudo-chancre induré de Hutchinson et Fournier). Les indurations secondaires sont surtout fréquentes chez la femme et s'observent plus particulièrement à la vulve ; elles prennent naissance à une date très variable, sans réinfection et sans qu'on puisse invoquer toujours l'action d'une cause d'irritation locale ; elles succèdent aux chancres parcheminés aussi bien qu'aux indurations noueuses et reproduisent en leur plein déve-

loppement, tous les caractères de l'induration primitive. L'induration peut récidiver plus d'une fois. Hutchinson l'a vue reparaître 4 années de suite. »

Chez l'homme ces faits s'observent surtout dans le sillon balano-préputial. Dans l'une de nos observations (5) au 10^e mois, puis au 21^e mois après l'infection, qui avait débuté par 2 chancres, se montrèrent à nouveau au siège de chacun de ces accidents des indurations chondroïdes, caractéristiques. Dans l'observation 10 ce noyau d'induration se montre 27 ans après le chancre, exactement sur son emplacement et guérit par le traitement mixte. Nous citerons à ce sujet l'observation suivante rapportée au Congrès de 1889 par le professeur Hardy :

« Il s'agit d'une femme, atteinte de syphilis vaccinale, qui a présenté comme phénomène primitif à la partie supérieure des bras, de chaque côté et à l'endroit où avait eu lieu la vaccination, trois saillies tuberculeuses arrondies et un peu plus larges qu'une lentille. Ces saillies apparurent 25 jours après la vaccination, qui n'avait donné lieu d'ailleurs tout d'abord à aucune éruption; après avoir augmenté en dimension et en volume pendant 8 à 10 jours, elles s'ulcérèrent superficiellement et l'excoriation fut recouverte d'une croûte d'un vert foncé qui persista un mois environ et qui laissa en tombant une légère dépression cicatricielle brune d'abord, puis moins foncée plus tard, mais toujours apparente, ainsi qu'on le voit souvent pour des chancres situés dans une région quelconque.

Ces phénomènes primitifs, accompagnés d'un ganglion axillaire de chaque côté, avaient été suivis des accidents secondaires ordinaires de la maladie (éruptions roséolique et papuleuse, adénopathie cervicale, céphalée), puis plus tard d'une affection oculaire grave occupant la capsule cristalline et le nerf optique. Pendant plus de 2 ans la malade fut en proie à des affections successives variées, mais de la même nature et récemment, au moment où se faisait une poussée de taches papuleuses à la peau, un peu plus de 2 ans et demi après l'infection, je vis reparaître, sur les taches cicatricielles vaccinales, une nouvelle éruption de saillies tuberculeuses semblables à celles qui avaient constitué le phénomène primitif, mais en différant par ce fait qu'il n'y eut ni ulcération, ni croûte, et qu'après un mois environ la saillie s'affaissa en devenant le siège d'une légère desquamation épidermique. »

Remarquons qu'il s'agit ici des chancres extra-génitaux de même que dans l'observation 3, où une syphilide tuberculeuse se montre 10 années plus tard au siège même du chancre, sur la paupière très indurée par cette lésion.

Ces réapparitions in situ n'ont guère été signalées que pour la région génitale. Les observations de ce genre se rapportant à des chancres extra-génitaux sont rares. Nous n'en avons trouvé aucun autre exemple dans la thèse de Nivet (1887), pas plus que dans celle de Dimay (1891). Qu'en faut-il conclure? Pour nous le silence presque complet sur ce point vient de ce que d'une part trop souvent encore on ne songe pas à la possibilité d'un accident primitif en dehors de la zone génitale, qu'on le méconnaît, que d'autre part les aveux sont souvent malaisés à obtenir (chancre de la langue, des lèvres, etc.), Aussi quand toute trace a disparu du chancre et du bubon, nombre de ces accidents se montrant dans une région insolite, plus ou moins longtemps après la cicatrisation de la lésion primitive, passent forcément inaperçus comme récidives. On ne s'expliquerait pas la raison qui départirait aux régions sexuelles seules ce privilège presque exclusif.

Tardivement le siège du chancre peut devenir le centre d'une production gommeuse. Dans l'observation 37, après divers accidents secondaires, deux ans après le chancre et sur son emplacement, survient une gomme térébrante qui laisse après guérison une fistule urétrale et inaugure le début de toute une série de récidives tertiaires. Chez un autre malade (obs. 40), dès le 5^e mois de la maladie des accidents ulcéreux surviennent au siège du chancre, lequel déjà 3 semaines après cicatrisation s'était ulcéré. La syphilis chez un 3^e malade s'annonce par deux chancres indurés présentant l'aspect de gommes ulcérées; plus tard, après de graves manifestations, apparaît au siège des accidents primitifs une gomme qui s'ulcère à son tour, formant une profonde entaille à fond grisâtre bourbillonneux (obs. 42).

En commentant quelques points de la statistique qu'il communiquait au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de 1889, le professeur Fournier faisait remarquer le chiffre élevé (159 cas sur 3 492) pour lequel figuraient les lésions tertiaires des organes génitaux. « Or, dit-il, ces lésions ont consisté pour l'énorme majorité des cas en des syphilides circonscrites du genre de celles auxquelles j'ai donné le nom de *syphilides ulcéreuses chancriformes*, chancriformes,

formes à double titre : en ce que tantôt sous forme d'ulcérations plus ou moins creuses elles simulent assez bien d'aspect le chancre simple, et que tantôt, au contraire, plus réduites de surface, nodulaires de forme et dures de base elles prennent la physionomie du chancre syphilitique. Pour le dire au passage, ce sont des lésions de ce dernier ordre qui maintes fois ont été prises pour des chancres syphilitiques de *récidive* et produites comme exemples de « *réinfection syphilitique* », de « *syphilis doublée* ».

Le développement spontané de la lésion, ne coïncidant même pas avec un rapport sexuel, l'absence fréquente d'adénopathie et le manque d'une éruption secondaire, les commémoratifs et les cicatrices possibles d'accidents antérieurs sont les seuls indices qui permettent de ne pas confondre avec l'accident primitif soit le chancre redux, soit les syphilides tertiaires chancriformes qui ont elles-mêmes tendance à récidiver à nouveau (obs. 37). Ajoutons que dans les syphilides chancriformes l'adénopathie, nulle dans la grande majorité des cas, ne présente, lorsqu'elle existe, ni la dureté, ni l'indolence, ni la multiplicité de l'adénopathie chancreuse. Donc il ne suffit pas pour démontrer la réalité, l'authenticité d'une réinfection syphilitique, de constater une lésion chancriforme d'aspect, accompagnée d'induration et d'adénopathie, même survenue après coït. Cette simple constatation ne signifie rien en l'espèce ; il faut autre chose, et entre autres des éléments tirés de l'incubation même de l'accident, de son évolution à lui et de l'évolution ultérieure de phénomènes secondaires (roséole, syphilides papuleuses).

Leloir a observé des récidives annuelles, à époque pour ainsi dire fixe, des syphilomes chancriformes (chancre redux, pseudo-chancre induré de Fournier, induration érodée de voisinage), se montrant pendant l'espace d'une dizaine d'années, au printemps (Leloir, leçons 1885; Declercq, th. Lille, 1886; Puche, th. Lille, 1890). « On dirait que le virus demeuré latent pendant une période plus ou moins longue *se réveille localement*, que le virus déposé au niveau du chancre infectant y repullule pour une raison ou pour une autre qu'il reste à déterminer. »

Il arrive parfois que l'apparition d'un syphilome chancriforme des organes génitaux annonce non seulement un réveil local du virus où il a été déposé primitivement, c'est-à-dire au niveau du siège du

chancre, mais encore des réveils d'autres foyers virulents qui se manifestent par des accidents syphilitiques, disséminés même parfois, survenant souvent à grande distance du foyer génital (peau, muqueuses, viscères) quelques jours, quelques semaines au plus après l'apparition du syphilome chancriforme. Nous avons observé ces faits très fréquemment : un mois après une récurrence de syphilide ulcéreuse chancriforme apparut une éruption de syphilides tuberculeuses sèches (obs. 37); dans l'observation 49, à peu près en même temps que des accidents ulcéreux survenus au siège du chancre, se montrent des syphilides ulcéreuses de la gorge et des bras.

« Comme les syphilomes chancriformes appartiennent à l'époque secondotertiaire, il y a intérêt majeur, dit A. Morel-Lavallée, à savoir s'ils rentrent par leur nature et leur évolution dans le cadre des accidents secondaires ou dans celui des accidents tertiaires, c'est-à-dire s'ils sont d'ordre congestif, résolutif et disparaissent spontanément sans cicatrice ou si, au contraire, ils doivent se ranger au nombre des manifestations tertiaires, autrement dit non susceptibles de résolution et aboutissant fatalement à la sclérose ou bien à la nécrose et à l'élimination par voie ulcéreuse. Or cette question est difficile à trancher, parce que le médecin a rarement l'occasion d'assister aux deux stades du pseudo-chancre de retour (stade préulcéreux, stade ulcéreux), et que ce curieux accident guérit avec rapidité sous l'influence du traitement mixte dès qu'il est institué d'une façon précoce; or il l'est ordinairement dès la période d'induration à laquelle les malades viennent consulter, si bien que l'ulcération éliminatrice n'a pas lieu, le syphilome disparaissant par résorption.

« Nous venons précisément de recueillir une observation dans laquelle un jeune homme, traité par nous de la syphilis il y a environ 3 ans, vit, alors qu'il se trouvait en province, apparaître sur le gland, au siège même qu'avait occupé l'accident initial, une induration rouge sombre, sous-épidermique, non excoriée et qui resta telle pendant 2 ou 3 mois. Puis rapidement l'ulcération s'établit, la sclérose s'élimina et le malade vint se présenter porteur sur le dos du gland d'une ulcération profonde, déchiquetée, à bords en falaise, à fond bourbillonneux et qui offrait absolument les caractères d'une gomme. Toute la sclérose était à ce moment éliminée, il eût été impossible d'établir le diagnostic rétrospectif de syphilome, sans le récit détaillé du malade, homme fort intelligent.

« Ainsi donc il s'est agi d'un pseudo-chancere de retour qui, n'étant pas traité, a évolué et s'est éliminé comme une gomme. Le pseudo-chancere de retour de Fournier, qui peut être chronologiquement secondotertiaire, est donc de sa nature un syphilome tuberculo-gommeux tendant spontanément à la nécrose et à l'ulcération. »

Remarquons que, dans ce cas, l'évolution du syphilome chancriforme est l'antithèse de l'évolution de l'accident primitif. « L'induration, disait Ricord, n'est pas une terminaison du chancre, c'est plutôt un accident du début, accident moins hâtif sans doute que l'ulcération, mais *qui la suit* de près en lui donnant une expression spécifique. » A son tour M. le professeur Fournier, dans son étude sur les pseudo-chancres, insiste sur ce caractère. « Le chancre, dit-il, débute par un ulcère qui s'indure, tandis que les syphilides chancriformes débudent par une induration qui s'ulcère. »

Cette évolution de la syphilide ulcéreuse chancriforme est très nettement indiquée (obs. 37). Mais ici l'accident évolue avec rapidité au cours d'une syphilis maligne précoce : deux jours après un coït, noyau d'induration rouge de la rainure du gland et 4 à 5 jours après ulcération très étendue qui guérit sous le traitement ; mais à peu de temps de là, après de copieuses libations, le malade remarque au même endroit quelques rougeurs et 3 jours plus tard ulcération à marche rapide et térébrante.

Dans quelques cas exceptionnels cependant, on a vu l'induration du chancre précéder l'érosion. L'examen des caractères objectifs de la lésion constituée est incapable de donner la clef du diagnostic, mais l'étude de son évolution peut donc nous éclairer sur la nature.

Mais il n'y a pas que les accidents spécifiques secondaires ou tertiaires qui peuvent simuler la sclérose initiale chez les individus syphilitiques.

« Il existe, disait M. du Castel à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (10 juillet 1890), des malades, anciens syphilitiques chez qui l'induration chondroïde, qui constitue la partie fondamentale du pseudo-chancere induré, se développe autour de chancres simples ou de groupes de vésicules d'herpès. J'ai recueilli plusieurs observations de ce genre et je crois pouvoir conclure que certains syphilitiques ayant recueilli dans un coït impur un principe infectieux dont l'effet eût été une balanite simple, un herpès génital, un chancre

simple chez un malade non syphilitique antérieurement, peuvent indurer d'emblée de telles lésions et leur donner un faux aspect de chancre, convertissant en pseudo-chancres indurés des lésions inflammatoires banales qui, chez d'autres, auraient été manifestement asyphilitiques.

« Cette production d'indurations syphilitiques, au niveau de lésions inflammatoires du gland, n'a rien qui doive surprendre; le même fait a été signalé par un certain nombre d'auteurs au niveau des lésions traumatiques ou inflammatoires de la peau survenues chez d'anciens syphilitiques : Gay, Bamberger, Finger, Plumert, etc., ont vu se produire de véritables papules ou tubercules syphilitiques à la suite de piqûres de sangsues, du développement de pustules varioliques, de furoncles, d'eczémas, dans le lieu même que ces différentes lésions avaient occupé. Il est, je crois, ajoutait le médecin du Midi, permis d'admettre avec au moins autant de raison, que de pareilles indurations peuvent se produire à la suite de l'irritation causée par la balanite simple, l'herpès, le chancre simple, au niveau du sillon balano-préputial, point connu pour sa prédisposition toute particulière au développement des indurations syphilitiques; c'est un exemple de plus de l'influence des traumatismes et des irritations sur le réveil de la diathèse syphilitique. »

Tarnowsky (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1877: Reizung und Syphilis) considère même que l'induration produite par une irritation expérimentale peut être un moyen de reconnaître sur un individu une syphilis latente.

Il y a déjà longtemps que Ricord avait parlé des chancres simples « exhumant l'induration primitive » par le fait de leur apparition sur la cicatrice d'un chancre syphilitique survenu quelque temps ou quelques années auparavant. A son tour, M. Fournier avait rappelé tous ces faits dans son important mémoire sur les pseudo-chancres.

Citons à l'appui l'observation suivante due à notre éminent maître :

Deux chancres indurés de la verge étaient accompagnés de petites ulcérations de voisinage sans aucun caractère. Celles-ci, quelques jours plus tard, étaient cicatrisées; les accidents syphilitiques ne le furent que deux mois plus tard. Puis se montra la roséole, quelques syphilides amygdaliennes et des adénopathies multiples. Le malade suivait un traitement depuis 3 mois, lorsque apparurent de petites indurations surmontées d'une vésicule.

Ces lésions, qui n'occupaient pas le siège des chancres guéris, s'ulcérèrent secondairement, se réunirent et formèrent 2 petites cavités très creuses, entourées d'un noyau d'induration très nette. Aucun caustique n'avait été appliqué à leur surface. En moins de 8 jours ces accidents guérissent spontanément.

Enfin, lorsque le chancre a pris le caractère phagédénique, l'induration de récidence peut être considérable, former tumeur, s'ulcérer au loin, comme on le voit dans une observation de Michaelis (1871). Nous rapportons plus loin une observation de syphilis maligne précoce, dans laquelle le chancre cicatrisé depuis un mois est envahi par une ulcération phagédénique et 6 mois plus tard réapparaissent au même niveau des syphilides phagédéniques qui détruisent le gland aux trois quarts.

Dans un autre cas un chancre phagédénique gangreneux se cicatrise, puis nouvelle ulcération in situ; 2 mois après, phimosis œdémateux, syphilides ecthymateuses (obs. 7). Dans l'observation 8, des accidents phagédéniques plus graves encore après s'être réulcérés sont accompagnés d'un accès de manie dû à des ostéomes frontaux.

Sans que l'accident primitif ait pris le caractère phagédénique, alors qu'il est cicatrisé depuis un certain temps déjà, on peut voir le phagédénisme tertiaire l'envahir et y déterminer de graves lésions destructives. Ainsi, dans une de nos observations (obs. 4) plus de 6 mois après un chancre qui n'avait présenté rien de particulier, se déclare un phagédénisme qui guérit sous le traitement spécifique; puis 5 ans plus tard, au même endroit, apparaissent sur les cicatrices des syphilides gommeuses indurées.

Le traitement général de la syphilis suffit souvent pour faire disparaître les accidents qui récidivent au siège antérieur du chancre. Mais il faut savoir que quelquefois il résiste à la médication la plus intensive. M. Leloir dit s'être borné alors à les traiter uniquement localement; il applique sur eux des rondelles d'emplâtre de Vigo. De plus, dans les cas où la récidence revenait à période fixe, il réussit en faisant porter continuellement au malade une rondelle de Vigo au niveau du siège antérieur du chancre, voulant ainsi stériliser en quelque sorte par un *traitement hydrargyrique local* le foyer du virus dont les réveils annuels donnaient lieu à ces poussées annuelles de syphilomes chancrifformes.

Ehlers (de Copenhague) citait au congrès de 1889 un malade qui

avait été traité pour une première éruption de la syphilis une vingtaine d'années auparavant ; depuis ce premier traitement 3 fois des ulcérations récidivées in situ avaient simulé une réinfection : aucun autre accident. Outre l'utilité du traitement continu, Elhers se demande si de telles récidives ne méritent pas un traitement chirurgical.

Pour de Watrazewsky, quand le traitement général est sans résultat, « le raclage de la place atteinte avec la curette de Volkmann est alors indiqué et c'est la méthode qui donne des guérisons définitives ».

A la suite de ces interventions chirurgicales, est-on toujours bien assuré de ne pas voir les accidents récidiver dans le champ opératoire ? Rappelons seulement l'observation de Mauriac citée plus haut.

Quelles conclusions tirerons-nous de cette étude ? Le fait si caractéristique des récidives fréquemment observées au siège exact de l'accident primitif aggrave singulièrement le pronostic de cette lésion qui, considérée en elle-même, indépendamment de la syphilis dont elle est le siège, est au contraire bénigne, « un rien du tout » le plus souvent, comme disent les malades. Tout autre au contraire est la question si le chancre est une sorte d'appel pour des accidents consécutifs graves parfois, comme nous en avons vu quelques cas.

Pronostic terriblement aggravé, si des recherches nouvelles démontraient que les récidives au siège du chancre peuvent également être pour le cancer une cause d'appel, non pas déterminante, mais prédisposante, occasionnelle ainsi qu'il semble résulter d'un cas cité plus loin (obs. 9) : après 5 apparitions de chancre redux survint un épithélioma de la verge. Quel rôle ont joué ici ces accidents récidivants ?

Ont-ils simplement déterminé une irritation banale, mais prolongée, point de départ de l'épithélioma ? Ont-ils ouvert les portes à ce parasite du cancer encore inconnu, mais dont il est tant question aujourd'hui ? Enfin ne faut-il voir dans ce cas qu'une simple coïncidence ?

§ 2. — MANIFESTATIONS SECONDAIRES RÉCIDIVANTES

Les accidents syphilitiques cutanés et muqueux ne constituent pas à eux seuls les manifestations de la période secondaire. Des symp-

tômes généraux marquent l'invasion de l'affection et parfois des invasions viscérales se développent plus ou moins graves suivant l'importance fonctionnelle des organes intéressés ou la malignité de la syphilis.

Dans la plupart des cas il y a plusieurs poussées éruptives et la syphilis est alors absolument latente dans leur intervalle. Ces éruptions représentent les symptômes les plus communs de la période virulente dont les efflorescences successives se modifient avec l'âge.

Les troubles généraux se montrent au début pour ne plus reparaître le plus souvent. Quelques-uns cependant par leur mode d'évolution discontinue constituent de véritables récidives.

Des manifestations viscérales les unes ressemblent aux accidents des maladies infectieuses aiguës ; les autres, bien que se montrant à une date précoce, sont en réalité par leur nature des accidents de la syphilis tardive. Ces dernières, plus capables de récidiver que les premières, appartiennent à la syphilis maligne précoce ; nous les étudierons plus tard en même temps que les affections tertiaires.

La chloroanémie syphilitique, due à l'hypoglobulie, est un des premiers accidents de la période virulente. Expression de l'infection qui envahit l'économie, elle est en dehors des faits que nous étudions. Sa durée parfois très longue est surtout en rapport avec la débilité de l'organisme atteint. Mais à côté de cette anémie du début on a pu voir à chaque nouvelle poussée de syphilides se faire une notable aglobulie (Martineau).

À côté d'elles existe une anémie d'un autre genre capable de récidiver ; elle accompagne les syphiloses viscérales graves comme les syphilis malignes précoces, c'est une anémie cachectique.

En même temps que se manifeste l'anémie du début apparaît un amaigrissement plus ou moins notable lié à des causes multiples (préoccupations, lassitude, insomnie, céphalée). Cette dénutrition peut se montrer en même temps que les poussées éruptives (ecthymateuses surtout) (obs. de Brousse. *Ann. de dermat.*, décembre 1891) ; le poids du corps baisse lors d'une éruption. Mais il existe aussi et fréquemment, nous dit M. Morel-Lavallée, des poussées dénutritives indépendantes de toute manifestation spécifique apparente ; elles apparaissent sans cause appréciable dans les 2 ou 3 premières années de l'affection et peut-être aussi à la période tertiaire. Le traitement spé-

cifique a sur elles une influence des plus heureuse, prouvant ainsi qu'elles sont fonction du virus syphilitique.

L'un des symptômes les plus fréquents de la période secondaire est l'alopecie, phénomène dystrophique, qui montre l'ébranlement de l'organisme causé par l'infection. « Une alopecie tenace et très étendue, dit G. Homolle, coïncide le plus souvent avec une vérole à manifestations récidivantes et difficilement curables. » Les récidives d'alopecie semblent également rentrer dans la même catégorie.

Ainsi un malade de la ville (obs. 65), 3 ans après le chancre qui avait coïncidé avec une poussée dénutritive, fait une alopecie diffuse ; puis, à quelques mois de là, il maigrit à nouveau en même temps que récidivent des accidents pharyngés et bientôt les cheveux recommencent à tomber en abondance. Bien que se traitant, il ne reste pas plus d'un mois sans accident, les moustaches blanchissent et deviennent d'une notable fragilité.

Dans ces cas il s'agit alors d'alopecies graves où les cheveux tombent à poignées, mais non pas de ce léger éclaircissement de la chevelure appréciable du malade seul et fréquente au cours de la syphilis secondaire.

On pourrait même se demander s'il n'y a pas là quelque rapport avec la facilité que l'individu syphilitique paraît éprouver pour faire des maladies du cuir chevelu. Ainsi un malade de M. Morel-Lavallée avait eu une pelade dont il était guéri ; il contracte la syphilis et à dater de ce moment il fait de nombreuses récidives de la pelade.

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX. — Nous ne faisons que citer les retours vespéraux de la céphalée, les recrudescences nocturnes des douleurs ostéocopes, la courbature douloureuse du réveil. Lorsque ces phénomènes reparaissent pendant une certaine période, on ne peut véritablement regarder ces retours quotidiens comme des récidives ; ils ne sont que l'expression, la traduction de l'infection générale qui envahit toute l'économie. Mais lorsque après avoir cessé pendant un stade assez prolongé, ils reviennent avec leurs caractères habituels, ils constituent alors de véritables récidives et souvent alors ils révèlent des affections qui ne tarderaient pas à se montrer avec toutes leurs graves conséquences si le traitement était simplement retardé (syphilis cérébrale, syphilis osseuse, etc.). Mais au début de la période virulente

il n'est pas rare d'observer des douleurs circonscrites qui récidivent au même point, bien qu'accompagnées parfois d'irradiations pseudo-névralgiques. Elles sont dues à des périostoses précoces, caractérisées par une tuméfaction circonscrite et profonde, adhérente à l'os, très douloureuse à la pression. Le frontal est de tous les os celui qui est le plus fréquemment atteint par ces ostéopériostites (Popescu, 1873); puis viennent le sternum, les côtes, la crête tibiale. Leurs paroxysmes nocturnes sont bien connus. « On a noté chez quelques sujets qui travaillent habituellement de nuit des exacerbations correspondant à la période de repos diurne (boulangers), mais on sait aussi que le paroxysme de nuit revient au temps accoutumé chez ceux qui par exception prolongent leurs veilles et l'on ne connaît pas exactement les conditions qui font renaître périodiquement ces phénomènes douloureux » (G. Homolle). Cependant c'est peut-être la chaleur du lit qui donne lieu à leur redoublement d'acuité; les Kabyles qui couchent sur la terre, sans lit, sont exempts de ces douleurs nocturnes (Rollet). Diday cite l'exemple d'un jeune notaire porteur de périostoses tour à tour endormies par l'iodure et réveillées par le baccarat. Nous rapportons aussi une observation où des périostoses commencèrent à se montrer dans la 2^e année de la syphilis et furent des plus remarquables par leurs récidives multiples aux sièges antérieurement frappés (obs. 44). La plupart de ces manifestations précoces de la syphilis non seulement sont rapidement réparées et soulagées par le mercure et l'iodure associés, mais encore tendent naturellement à la guérison spontanée. Après une période plus ou moins longue elles ont une tendance à récidiver. Par leur siège ou leur volume en comprimant des organes importants comme le cerveau, elles acquièrent une signification grave.

TRoubles digestifs. — L'anorexie quelquefois absolue peut reparaître au moment des poussées successives de la période secondaire. Quant à la boulimie, symptôme presque exclusivement féminin, elle dure quelques semaines, plus rarement quelques jours; il est exceptionnel qu'elle persiste avec des rémissions pendant 3, 4 et même 7 mois (A. Fournier).

Quant aux troubles menstruels il n'est pas rare de les voir se répéter, ils sont heureusement modifiés par le traitement.

Nous étudierons plus loin la fréquence et la répétition des avortements et des accouchements prématurés.

FIÈVRE. — La fièvre d'infection syphilitique est susceptible de prendre 3 types différents : intermittente, continue ou irrégulière. Elle est commune pendant les six premiers mois de la maladie surtout chez la femme. Quelquefois même elle se place au rang des premiers accidents secondaires et inaugure avec eux la période secondaire. »

Le type intermittent avec son accès vespéral ou plus souvent nocturne est le plus fréquent ; il a une tendance remarquable à la récurrence, les accès peuvent cesser tout d'un coup et reparaitre un temps indéterminé après.

Quand la fièvre prend la forme vague ou irrégulière, on se trouve le plus souvent en présence de poussées fébriles essentiellement atypiques : la fièvre apparaît, dure un ou plusieurs jours, disparaît pendant le même temps et reparait ensuite à intervalles très variés sous des formes très diverses, des plus capricieuses.

A côté de la fièvre d'infection, fièvre essentielle, idiopathique, se placent les fièvres syphilitiques symptomatiques dont la plus commune est celle que M. Fournier appelle « la fièvre d'éruption ». « Elle prélude aux éruptions syphilitiques et tombe presque aussitôt après l'apparition de l'exanthème. » On l'a signalée comme symptôme prodromique de la plupart des syphilides secondaires qui tendent à se généraliser, à s'éparpiller. Elle manque dans les éruptions circonscrites régionales. Elle est de beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Chez une malade dont l'observation est rapportée plus loin, nous avons vu évoluer une typhose syphilitique qui dura 43 jours et guérit. Trois mois plus tard la fièvre se ralluma, mais cette fois la poussée fébrile accompagnait une poussée de syphilides muqueuses ; elle ne persista que trois jours (obs. 16).

SYPHILIDES SECONDAIRES. — Le propre des éruptions secondaires étant leur dissémination, nous n'allons plus retrouver, comme plus haut, ces récurrences se faisant absolument in situ, au siège même de la première atteinte.

Pour nous guider, la superficialité des lésions ne nous laissera pas

même de cicatrices, ces jalons précieux des accidents tertiaires ; à peine quelques indications frustes, quelques macules plus ou moins persistantes, traces de précédentes éruptions ; pas de prurit, pas de phlegmasie accompagnant leur évolution ; leur marche lente, sourde, torpide, insidieuse peut même les laisser ignorées du malade ; leur bénignité n'a pas éveillé l'attention, ou n'a laissé qu'un souvenir vague, confus et éphémère. « Le temps qui efface tout, a dit notre éminent maître, efface plus encore les souvenirs morbides », et pour peu que la période latente soit de longue durée, le silence est frère de l'oubli. Les phénomènes douloureux si variés, les symptômes subjectifs dont se plaignent les malades contribuent encore à détourner l'attention d'un médecin non prévenu.

Bien qu'elles s'éloignent un peu des accidents que nous nous sommes proposé d'étudier, nous ne passerons pas complètement sous silence les syphylides secondaires. En effet, cette dissémination même n'a qu'un temps ; elle dure peu, à la fin de la seconde période, les éruptions se groupent ; « la vérole en vieillissant se discipline » ; partant, les récidives ont plus de tendance à se faire sur place.

Du fait même des récidives, la syphilis est aggravée et cette aggravation dérive souvent aussi de causes qui tendent à rendre plus appréciables, plus apparentes, plus tenaces les éruptions superficielles. Ces causes impriment un cachet spécial à l'évolution des accidents et permettent souvent de retrouver les traces d'une éruption antérieure similaire, c'est ainsi que l'impaludisme, la grossesse, l'alcoolisme accentuent la pigmentation des macules ; une roséole serait passée inaperçue chez un individu sobre ; elle envahit la face, devient prurigineuse, confluyente, persistante chez un alcoolique. Mais parfois, on observe ces récidives sans pouvoir leur appliquer la moindre raison, la moindre explication plausible.

Les éruptions secondaires se font par poussées successives et, contrairement aux gommès, elles sont variables à chaque échéance (maculeuses, papuleuses, squameuses, etc.), si bien que les premiers observateurs avaient pu croire à des maladies différentes. Ordinairement la vérole ne revient pas sur ses pas ; dans les formes récidivantes elle semble piétiner ; lorsqu'il vient se joindre un facteur de gravité (absence de traitement antérieur, alcool, maladies, manque d'hygiène, misère physiologique, etc.), surviennent coup sur coup les

éruptions caractérisées par les mêmes éléments ; toutefois ces rechutes peuvent subir dans leur modalité éruptive quelques modifications de nombre, de volume, de confluence, de disposition, de forme. Le traitement, souvent incapable à les juguler complètement, a cependant sur elles une certaine influence, il atténue leur intensité et retarde leurs retours.

Certaines récidives ont des postes fixes où les éléments se cantonnent avec une prédilection marquée, tandis que d'autres régions semblent à l'abri de leurs atteintes ; nous nous réservons d'étudier séparément ces lésions topographiques (face, mains, bouche, etc., etc.).

Les manifestations éruptives de la période virulente se montrent dans les deux ou trois premières années de la maladie ; à une période plus avancée de l'infection, elles sont rares ; mais dans certaines syphilis à évolution anormale on voit les éruptions généralisées et superficielles, constituées par des papules légèrement saillantes, récidiver après que la maladie s'est déjà traduite par des lésions circonscrites et destructives (syphilides ulcéreuses cutanées, perforation palatine, destruction du voile du palais). Ces faits sont presque des exceptions. La syphilis, en effet, ne connaît pas de tels anachronismes.

MM. E. Besnier et A. Doyon (*Maladies de la peau*, Kaposi, t. II, p. 574) disent qu'ils ne prennent pas à la lettre la possibilité des récidives après 5 à 10 années de la syphilide papuleuse proprement dite, telle qu'on la rencontre dans les deux premières années ; nous affirmons seulement, disent-ils, que des lésions certainement syphilitiques, assez superficielles pour ne pas dépasser le type papuleux, peuvent se produire longtemps après que la maladie est entrée dans la période dite tertiaire, sans aucune limitation du nombre des années. Les éléments éruptifs, dans ce cas, ne sont jamais disséminés, alors même qu'ils sont généralisés (ce qui est rare, mais ce qui s'observe) ; toujours ils sont groupés, disposés en anneaux, en croissants, en corymbes.

Nous ne saurions rapporter de cas plus typique que l'observation suivante publiée par M. Hallopeau (*Union médicale*, 1887) :

« La nommée V..., âgée de 49 ans, entre, le 24 juillet 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Bielt, n° 6. Antérieurement d'une bonne santé, elle a contracté, au commencement de l'année 1880, une syphilis qui s'est traduite

dans le courant de *février* par une *éruption généralisée de taches saillantes* ; en *novembre*, des *accidents analogues* se sont manifestés, concurremment avec une céphalalgie à exacerbations nocturnes. La malade a fait alors à Saint-Antoine un séjour de deux mois.

En 1883, elle entre à Saint-Louis pour un mal de gorge qui est traité par des cautérisations et l'iodure de potassium. Après sa sortie de l'hôpital, elle ne suit son traitement que d'une manière irrégulière ; elle éprouve de la gêne de la parole et de la déglutition ; bientôt les aliments lui sortent par le nez, des fragments d'os sont éliminés : il s'est fait une perforation de la voûte palatine.

Vers cette époque apparaissent des lésions cutanées qui ont dû être profondes, à en juger par les traces qu'elles ont laissées. On voit, en effet, sur les membres, un certain nombre de cicatrices en partie décolorées, en partie pigmentées en brun ; leurs bords sont irrégulièrement arrondis ou ovalaires, leur surface est légèrement déprimée, leur diamètre varie de 1 à 3 centimètres.

L'*éruption* pour laquelle la malade entre *actuellement* à l'hôpital a débuté au mois de mars dernier, plus de quatre ans après l'accident primitif : localisée d'abord à la poitrine, elle s'est étendue peu à peu, lentement, par poussées successives à l'abdomen, aux bras, aux membres inférieurs et enfin à la face, envahissant ainsi toute la surface des téguments.

Actuellement elle est caractérisée par des papules du volume d'une tête d'épingle, légèrement saillantes, d'une couleur rouge brunâtre, entourées à leur base d'une collerette épidermique et non prurigineuses ; elles sont disposées le plus souvent en groupes irrégulièrement circulaires dont les dimensions égalent tantôt celles d'une lentille, tantôt celles d'une pièce de 1 franc ; par places, et particulièrement dans le dos et sur les épaules, ces petits groupes sont agglomérés de manière à former de grandes plaques irrégulières que séparent des intervalles de peau saine.

L'*éruption est généralisée* ; elle présente, dans plusieurs régions, des caractères un peu différents de ceux que nous venons d'indiquer : dans les paumes des mains, les papules se sont affaissées, l'éruption n'est représentée que par des taches d'un rouge brun qu'entoure un soulèvement épidermique ; sur les bras, les papules, en plusieurs points, se confondent de manière à former des cercles ; aux cuisses, aux genoux et à la partie postérieure des jambes, l'éruption est très confluyente, mais les saillies sont fort peu prononcées et leur coloration est éteinte ; elles donnent à la main la sensation d'une peau de chagrin ; au-devant de la jambe, on voit des taches d'un rouge vif, circulaires, entourées d'une légère aréole brunâtre ; à la plante des pieds, on distingue plusieurs groupes de taches brunâtres disposées en cercle, sans épaissement de l'épiderme.

A la *face*, l'éruption est surtout marquée au front, autour du nez et au menton ; elle se compose de papules plates, lenticulaires, à peine saillantes, d'un rouge cuivreux, légèrement squameuses ; elles sont groupées

de manière à former des festons irréguliers. En plusieurs points, les saillies ont disparu ; il ne reste que des macules peu colorées et desquamant légèrement. L'éruption s'étend jusqu'à la limite du cuir chevelu ; on voit quelques croûtes au sommet de la tête.

Depuis cinq mois, la malade a éprouvé des douleurs dans les oreilles et elle est devenue sourde ; on voit des papules érodées dans le conduit auditif externe, près du tympan. L'examen de la cavité buccale dénote l'existence d'une vaste perforation de la voûte et du voile du palais ; ovulaire, elle atteint, d'avant en arrière, le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le voile du palais et les amygdales sont complètement détruits. On aperçoit, au fond de l'excavation, le vomer ainsi que les cornets moyens et inférieurs. La perte de substance s'étend, en avant, jusqu'à 1 centimètre 1/2 de l'arcade dentaire. L'état général est satisfaisant.

La malade est soumise au traitement mixte ; elle prend d'abord d'une manière continue 2 grammes d'iodure de potassium en même temps que deux cuillerées de sirop de Gibert.

Le 20 septembre, nous prescrivons, en place du sirop biioduré, des frictions mercurielles ; au bout de huit jours, des accidents de stomatite contraignent de les cesser ; l'éruption ne se modifiant pas d'une manière appréciable, tout traitement spécifique est suspendu au commencement d'octobre, sur le conseil d'un collègue pour lequel le diagnostic est incertain ; il se fait peu après une *nouvelle poussée sur la face* et les membres supérieurs. Au front, les éléments sont plus volumineux que précédemment ; ils sont papulo-tuberculeux.

Le 8 novembre, on revient au traitement spécifique ; la malade prend chaque jour deux pilules de proto-iodure à 0,05 et 4 grammes d'iodure de potassium.

Le 29, l'éruption s'est très notablement modifiée. A la face, les papules se sont affaissées ; beaucoup d'entre elles ont disparu ; la plupart des autres ne sont plus représentées que par des macules d'un rouge pâle. De même, aux membres supérieurs, il n'y a plus guère que des taches ; on voit seulement quelques éléments faire encore une légère saillie ; leur surface desquame. Sur le tronc, les papules ont toutes fait place à des taches qui ne disparaissent qu'incomplètement sous le doigt. Aux membres inférieurs, les saillies sont remplacées par de légères dépressions ; la surface de l'épiderme est ridée et comme gaufrée à leur niveau ; leur couleur est d'un brun foncé.

Le 2 décembre, la malade sort de l'hôpital.

Le 11, la malade se présente à la consultation. L'éruption a continué son évolution rétrograde, elle n'est plus constituée que par des taches d'une couleur brune ou violacée.

Le 5 février 1885, une *nouvelle éruption* s'est, depuis huit jours, produite à la face ; on voit sur la lèvre inférieure, sur les paupières inférieures et sur le tragus, du côté gauche, des papules surmontées de croûtelles.

Le 19 mars, il existe au-devant de chaque oreille un groupe de papules disposées en arc de cercle.

Le 9 juillet, il ne reste plus trace de l'éruption lichénoïde généralisée. On voit au-devant des oreilles les éléments ulcéreux précédemment indiqués. De nouvelles lésions intéressent le nez, dont l'extrémité est tuméfiée, rouge, indurée, excoriée par places; une ulcération occupe l'orifice des narines et s'étend profondément dans les fosses nasales. Ces manifestations sont actuellement circonscrites et profondes, comme il est de règle à cette période de la maladie; la syphilis a repris son cours normal, sans doute sous l'influence du traitement. »

Tout dernièrement (novembre 1892), M. Renaut, médecin de l'hôpital Lourcine, présentait à la Société de dermatologie un malade du même genre, en pleine évolution d'une syphilis rétrograde.

Après ces généralités, voyons maintenant les caractères propres aux récidives de chacune des éruptions secondaires.

La roséole syphilitique termine la 2^e incubation de la maladie; elle apparaît vers le 45^e jour à partir du jour où s'est produit l'accident primitif; quelquefois son apparition est plus précoce, ou, au contraire, retardée, car on l'a observée à des époques variables de la première année, dans le cours de la deuxième année, ou même au delà lorsqu'un traitement mercuriel en a retardé l'apparition ou lorsqu'elle récidive (Fournier).

Différente des exanthèmes des fièvres, cette éruption qui ne desquame pas, s'établit lentement, en une semaine au moins, par poussées successives, des taches nouvelles s'ajoutant aux premières apparues.

La roséole syphilitique se présente sous trois variétés : roséole commune; roséole papuleuse ou ortiée; roséole circonnée.

Elle récidive de plusieurs façons :

1^o Telle qu'elle; — 2^o sous la forme annulaire; — 3^o sous une forme spéciale appelée par le professeur Fournier « roséole de retour ». Les rechutes ou mieux les récidives, suivant de plus ou moins près la première atteinte, se montrent dans des circonstances variées (excès alcooliques, bains sulfureux, bains de vapeur, etc...), et surtout à la suite d'un traitement incomplet. Dans ce cas, la récidive se fait à bref délai, affectant une disposition analogue à celle de l'éruption primordiale, mais avec une coloration et une intensité très atténuées. Ces roséoles qui récidivent dans la première année, se montrent presque

toujours dans les mêmes régions que la première atteinte (Besnier et Doyon).

Un malade traité dont nous rapportons l'observation (obs. 15) présentait successivement les trois formes : 1° roséole commune ; 2° roséole papulo-ortiée *par places*, deux mois et demi plus tard ; 3° roséole en cercles et en taches, sept mois après. Il venait de contracter en ce moment une gale discrète, mais prurigineuse.

Diday croit qu'un sujet dont l'innervation a subi une première atteinte au début de la syphilis « peut s'attendre à ce que chaque récurrence un peu intense s'accompagnera d'une reprise plus ou moins sensible de troubles de ce genre. Je l'ai surtout vérifié, dit-il, à l'occasion des récurrences de roséole qui, assez souvent, paraissent chez le même sujet à chaque retour du printemps. Quelque atténuée que se montre alors l'éruption, pourvu qu'elle soit généralisée, ou tout au moins qu'elle s'étale sur la face antérieure du tronc et des bras, elle s'accompagne invariablement de céphalée et de brisement des membres. Nouvelle et péremptoire confirmation de ce que j'écrivais, il y a 23 ans : La gravité, la durée des prodromes tient à l'impressionnabilité de l'individu, plus qu'au degré de force de l'intoxication ».

Il est possible de voir se produire plusieurs récurrences. Cullerier et Pillon citent des récurrences multiples et périodiques. Diday s'inscrit à côté d'eux. Nous rapportons l'observation d'un malade de la ville soigné par MM. Fournier et Morel-Lavallée qui eut six poussées de roséole en trois ans et demi (obs. 17). Un autre fit également six récurrences en moins de deux ans (obs. 11).

Dans certains cas, « la récurrence ne se fait qu'après une période assez longue, elle constitue une des formes des syphilides érythémateuses, dites tardives, par opposition à la roséole classique ou syphilis érythémateuse précoce ». Cette variété a été appelée *roséole de retour* par Fournier, qui en a étudié avec soin les caractères différentiels.

Les taches peu abondantes, discrètes (6, 12, 30) sont disséminées çà et là ; plus larges et plus pâles que celles de la roséole du début, elles ne sont souvent visibles que sous une certaine incidence. Cette variété ne se produit guère avant les six ou sept premiers mois, et souvent dans la deuxième année de l'infection. Cet exanthème à larges taches, ordinairement peu fourni, peut cependant être généralisé, ainsi que le montre l'observation 13. Une autre malade, lors de la

troisième récurrence, survenue au neuvième mois de l'infection, présente une éruption de taches confluentes, coalescentes même à la région dorsale, et quelques autres sur les membres supérieurs (obs. 16).

Quelques auteurs ont regardé cette éruption comme une roséole *modifiée par le mercure*. Et en effet, au dire même de Fournier, elle ne s'observe que sur des malades mercurialisés ; elle est donc l'expression d'une diathèse déjà ancienne, mais atténuée par le traitement dans la forme et dans la gravité de ses symptômes. Car à une époque tardive, la syphilis non traitée ne s'en tient pas aux formes érythémateuses superficielles, bénignes ; elle détermine alors des manifestations cutanées d'un ordre plus élevé. Nous en excepterons cependant ces rares érythèmes tertiaires à grands placards, ou encore en bandes, débutant souvent aux cuisses, observés par MM. Fournier et Besnier. (Thèse de Braumann 1891.)

Comme la roséole commune, la roséole ortiée, roséole boutonneuse de E. Besnier, présente aussi une forme tardive. « L'éruption est alors moins disséminée, moins généralisée ; elle se concentre sur quelques îlots de la surface tégumentaire. Les taches peu abondantes sont larges, agminées, et présentent parfois une tendance plus ou moins marquée à la circination. On assiste là à une ébauche de disposition méthodique ; or, Fournier a signalé ce fait comme un des caractères d'une syphilis déjà ancienne. »

Quant à la roséole circinée, éruption tardive qui se montre dans le cours de la deuxième année, ou plus tard, elle peut aussi récidiver ; elle a une longue durée qu'abrège le traitement mercuriel. Mais celui-ci n'empêche pas les récurrences, et pour les faire définitivement disparaître, une médication prolongée et par conséquent répétée est nécessaire (obs. 19).

Contrairement aux roséoles syphilitiques qui ne desquamant pas et récidivent, il est une affection souvent confondue avec elles, qui desquame et ne récidive pas ou peu (Thibierge), c'est le pityriasis rosé de Gibert ou roséole squameuse de Fournier. Celle-ci débute souvent par une plaque unique (plaque primitive de Brocq) persistant seule pendant 4 à 15 jours ; puis arrive l'éruption secondaire constituée par plusieurs autres éléments éruptifs plus petits (macules, papules). Cette éruption se fait par poussées successives et de haut en bas ordinairement. A la période d'état, on trouve les « médaillons » carac-

téristiques : taches orbiculaires, ovalaires à cadre périphérique légèrement soulevé, papuleux, rose, émaillé de petites squames foliacées, à centre lisse, bistré, couvert de fines hachures. Souvent tous les médaillons dirigés dans le même sens simulent les aiguillettes d'état-major portées en sautoir (A. Morel-Lavallée), tandis que les éléments glabres et lisses de la roséole syphilitique n'affectent aucune disposition régulière. Les érythèmes médicamenteux et particulièrement l'érythème antipyrinique peuvent simuler plus ou moins la roséole syphilitique : telle cette observation de pseudo-réinfection rapportée par de Molènes (*Ann. de dermat. et syph.*, mai 1891). On diagnostique roséole spécifique une éruption due à l'antipyrine et survenue quelque temps après une ulcération indurée de la verge, accompagnée d'adénopathie. Le malade est soumis au traitement mercuriel et ne présente dans la suite aucun autre accident. Trois ans plus tard (1890), se considérant comme guéri et ne craignant plus de prendre la vérole, il a des rapports avec une femme qu'il sait syphilitique ; il contracte un chancre de l'amygdale suivi cette fois d'une roséole vraie et d'autres accidents secondaires. Enfin à quelque temps de là il fait un nouvel érythème antipyrinique qui vient lever les doutes que de Molènes conservait sur la prétendue syphilis de 1887. En dehors de l'importance qui en découle pour le diagnostic, la connaissance de récidives de roséole a d'autant plus d'intérêt qu'elle empêche de commettre une autre erreur : nous voulons parler des prétendus cas de syphilis doublée. Supposons qu'entre deux éruptions érythémateuses assez espacées survienne ou un chancre redux, ou une érosion, ou un herpès induré de la rainure du gland ; il n'en faut pas plus (pour peu qu'en même temps existe une adénopathie) pour faire de ce cas une réinfection, telle l'observation suivante :

« En octobre 1884, chancre induré, adénopathie ; roséole et plaques de la gorge en décembre. Récidives en 1885, 1886, 1888. En août 1889, 3 semaines après le coït, chancre préputial qui s'indure, adénopathie généralisée, en septembre roséole, angine papuleuse » (Nicolai P. Preis, 1889, *Meditzina*, 17 novembre ; *British Journ. of Derm.*, 1890, p. 262).

Quelques cas semblable relatés par Hudelo (*Annales de dermat. et de syph.*, 1891, mai et juin) pourraient encore être produits, mais n'ajouteraient rien à une démonstration acquise. Nous ne pouvons

mieux faire du reste que de renvoyer au travail précédent, critique judicieuse de la plupart des observations de syphilis doublée publiées jusqu'à ce jour.

On connaît bien (aussi serons-nous bref à leur sujet) les fréquentes récidives cutanées des lésions papuleuses avec leurs nombreuses modifications, propres à la période secondaire (syphilides papulo-squameuses, papulo-croûteuses, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques, herpétiformes, etc.), ainsi que les récidives des lésions pustuleuses, ulcéreuses ou non (syphilides acnéiformes, impétiginiformes, ecthymateuses), lésions capables de se rencontrer dans les périodes secondaire et tertiaire.

L'étude de leurs récidives prête à quelques remarques : ces éruptions spécifiques apparaissent par poussées successives. Aussi de ce fait sont-elles souvent polymorphes ; bien que constituées d'éléments éruptifs similaires à leur nuissance, elles présentent des papules aux divers stades de leur évolution et de leur développement plus ou moins avancé. A côté d'éléments en voie de régression on constate des papules nouvellement écloses. D'autres fois la divergence des efflorescences s'explique par des conditions locales bien déterminées (organes génitaux, aisselles), plus souvent encore le polymorphisme des éruptions jeunes est dû à des éléments de nature différente : syphilides papuleuses coïncidant avec des syphilides acnéiformes, par exemple. Ce « kaléidoscope éruptif » (Besnier) des manifestations secondaires jeunes est assez fréquent et assez prononcé pour devenir un caractère séméiologique utile, capable de les distinguer d'autres éruptions également récidivantes : pendant un temps très long les syphilides peuvent donc persister ou plutôt se reproduire, soit sous une forme unique, soit sous des formes variées.

Le psoriasis punctata, par exemple, est caractérisé par une évolution chronique et des récidives comme les syphilides papulo-squameuses, mais ces dernières « ne sont jamais simultanément et universellement squameuses » (Cazenave).

Le psoriasis jeune s'en distingue encore par sa coloration rose mêlée de jaune, par l'apparence micacée, la tache de bougie que détermine le grattage, par le pointillé sanglant que fait naître l'excoriation (signe de Besnier et Hebra), par sa localisation spéciale (genou, coude, sacrum). Le psoriasis affectionne le côté de l'extension ; la syphilis, au contraire, le côté de la flexion. Mais, dans quelques cas, le type

normal est complètement renversé ; les plis de flexion, les surfaces de contact sont occupées en tout ou en partie par le psoriasis dans certaines formes atypiques. Les psoriasides sont moins disséminées, moins saillantes, moins sensibles au doigt que les syphilides.

Dans le psoriasis nummulaire ou psoriasis en plaques, aux signes précédents il faut joindre l'infiltration, l'épaississement de la peau beaucoup moindre que dans les syphilides en nappe. La durée de ces dernières, quoique longue, n'est pas chronique avec des répétitions analogues comme il arrive pour le psoriasis ; de plus le traitement spécifique un peu prolongé les fait disparaître. Toutefois il ne faudrait pas croire que les syphilides sont toujours polymorphes ; elles peuvent, elles aussi, surtout lorsque la maladie commence à prendre de l'âge, se limiter à une seule modalité éruptive évoluant à chaque récurrence en un même point. Nous n'en voulons pour preuve que plusieurs cas rapportés dans ce travail.

Des syphilides papulo-squameuses toujours localisées aux lèvres, sans aucun autre accident, soit concomitant, soit intercurrent, se montrent pendant 10 années consécutives. Le traitement amène leur guérison chaque fois, mais elles récidivent in situ aussitôt après. Même en une période de 4 années on compte 14 récurrences (obs. 73). 5 récurrences de syphilides érythémato-squameuses de la lèvre supérieure évoluant en 1 an, après 3 années d'infection, etc. (obs. 74).

Les syphilides papulo-granuleuses ou lichénoides généralisées sont extrêmement rebelles ; elles récidivent souvent sous la même forme et, d'après Kaposi, se rencontrent fréquemment chez des sujets cachectiques ou atteints de cachexie syphilitique.

De ces accidents, il faut rapprocher la syphilide granulée des ailes du nez, décrite par Ricord et Fournier et considérée comme un témoignage certain de syphilis. Cette éruption, formée de petites élevures grenues, pleines, arrondies, comme verruqueuses, est remarquable par ses poussées successives.

La syphilide vésiculeuse, herpétiforme d'aspect à la naissance, puis papulo-granuleuse avec ses éléments éruptifs petits, très abondants, irrégulièrement disséminés, polymorphes par suite de la durée éphémère de la vésicule, dure assez souvent un ou deux mois ; elle se compose de 3 à 4 poussées successives d'abondance décroissante qui prolongent la durée absolue de la maladie.

Susceptibles aussi de récidiver, les syphilides acnéiformes se distin-

gueront assez facilement de l'acné vulgaire, éruption essentiellement chronique, localisée au visage, à la région antéro-supérieure du thorax, au dos et aux épaules, laissant des cicatrices multiples à la suite de ses poussées incessantes. Dans la syphilis au contraire l'éruption est moins chronique, plus abondante, plus généralisée (face, tronc, membres).

Les syphilides ecthymateuses, lésions non auto-inoculables (Vidal), se montrent surtout dans les syphilis graves soit précoces, soit tardives; elles sont très sujettes aux récidives sous la même forme. L'accès de micro organismes pyogènes donne à la syphilis un aspect qui n'est pas dans le plan ordinaire de la maladie. De même, chez les vieillards, les syphilides ont une tendance marquée à devenir ulcéreuses, résistent longtemps au traitement et récidivent souvent à de courts intervalles. Ce caractère pourrait les faire confondre avec l'ecthyma simple, cachectique dont la durée est indéfinie par suite de l'apparition successive des poussées éruptives. Mais l'ecthyma simple a une forme moins régulière et moins arrondie que la syphilis; il se présente en longues traînées dues aux auto-inoculations du frottement et du grattage, se montre au niveau des solutions de continuité de la peau, prédomine aux jambes chez les convalescents des maladies graves.

Quant à la syphilide pigmentaire, elle nous a paru racheter par sa durée longue, tenace et désespérante parfois, le privilège de ne pas récidiver.

Les syphilides des muqueuses sont « douées d'une faculté surprenante de récidive, de repullulation, mais aussi d'une facile curabilité » (Fournier). Déjà nous avons eu l'occasion de parler de quelques manifestations secondaires à propos des transformations in situ au siège du chancre; nous aurons à les étudier au sujet des accidents buccaux; aussi ne nous y attardons-nous pas longtemps.

Sous leurs quatre formes (érosives, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques, ulcéreuses) les syphilides des muqueuses se montrent en même temps que celles de la peau, isolées ou agminées, irrégulièrement ou méthodiquement disposées (syphilides circinées, arciformes). Elles affectent de préférence deux sièges, la muqueuse génitale et la muqueuse buccale. Tantôt fugitives, tantôt constamment récidivantes, elles quittent définitivement une région, ou bien elles y font des apparitions incessantes; elles réalisent ainsi la possibilité d'une contagion et en multiplient les occasions.

Chez les vieillards, d'après Quinquaud, les accidents secondaires sont souvent des plaques cutanées abondantes, tenaces, accompagnées de plaques muqueuses qui s'atténuent puis récidivent pendant un ou deux ans.

Chez les enfants, là où deux surfaces sont en contact, les papules sèches se transforment d'ordinaire en papules humides. Chez eux il est fréquent de les rencontrer aux organes génitaux et à la marge de l'anüs ; la macération produite par les urines et les matières fécales favorise encore plus que chez l'adulte cette localisation. La délicatesse beaucoup plus grande de la peau du nouveau-né rend compte de certaines récidives du même genre, fréquentes aux commissures buccales, au pli du menton et du cou entre les doigts et les orteils.

Les retours fréquents des syphilides érosives et papulo-érosives, peuvent faire croire à un herpès récidivant des organes génitaux quoique plus souvent l'erreur inverse soit commise. Cette affection serait toujours, d'après Diday et Doyon, consécutive à une maladie vénérienne (syphilis, blennorrhagie, chancrelle).

L'herpès récidivant génital, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, est une dermatose des plus rebelles et des plus désespérantes dont la première poussée est suivie de beaucoup d'autres à des intervalles variables qui tendent à être de plus en plus longs. Il s'accompagne de cuissons, de prurit, de brûlures, tandis que les syphilides sont indolentes dans la majorité des cas. L'herpès est caractérisé par quelques érosions petites superficielles (car c'est à la phase érosive que le médecin est consulté), disséminées ou groupées en plusieurs amas dont les contours sont festonnés, polycycliques et microcycliques. Non traitées les syphilides papulo-érosives s'accroissent et se multiplient indéfiniment. Aux organes génitaux, chez la femme surtout, sous l'influence de l'incurie, de l'absence des soins de propreté, de la grossesse, les papules augmentent de volume et constituent les syphilides papulo-hypertrophiques ; chez l'homme la région péri-anale et le sillon balano-préputial sont les sièges favoris des syphilides végétantes. Par suite de la congestion qu'elle provoque aux organes génitaux la grossesse rend plus fréquentes les récidives des lésions spécifiques vulvaires ; elle accentue leur développement ; et la guérison de ces accidents locaux ne devient définitive qu'avec le terme de la grossesse.

Pour toutes ces lésions érosives et humides, les lavages (eau de

Labarraque, solution mercurielle faible), les pulvérisations, les poudres (bismuth, oxyde de zinc, calomel, iodoforme), l'asepsie et les soins minutieux de propreté locale suffisent le plus ordinairement. Lorsque ces moyens sont insuffisants on a recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent. Enfin les applications de nitrate acide de mercure, faites avec tous les soins que réclame l'action de ce caustique énergique, conviennent particulièrement aux accidents secondaires végétants et rebelles aux autres médications.

§ 3. — ACCIDENTS TERTIAIRES RÉCIDIVANT IN SITU

C'est un des principaux caractères de la syphilis de se traduire par des manifestations qui varient suivant des règles à peu près fixes dans leur forme et dans leur localisation à mesure que progresse l'évolution de la maladie.

Contrairement aux atteintes de la période secondaire, bénignes en général, peu durables, tumultueuses et précipitées parfois, mais diffuses, superficielles et résolutives, les accidents tertiaires plus graves et d'autant plus rares que les années s'écoulent, se localisent dans leurs manifestations, se circonscrivent à une région, se limitent à un organe ou à une portion d'organe toujours le même, dans une série de récidives successives. Parmi eux quelques-uns se rapprochent des éruptions secondaires par la superficialité, pour s'en éloigner aussitôt par la ténacité et la résistance prolongée qu'ils opposent au traitement, tels ces rares érythèmes circinés tertiaires signalés par MM. Fournier et Besnier chez d'anciens syphilitiques mercurialisés. Mais la plupart marquent leur passage par les vestiges ineffaçables de leurs atteintes profondes et destructives.

Aussi mieux que pour les manifestations secondaires pourrions-nous observer les récidives locales. Elles sont très communes, mais en général elles s'atténuent comme fréquence avec les années quoiqu'elles soient susceptibles après une longue période de silence de rentrer en activité sur la place même qu'elles avaient autrefois occupée,

Parfois elles font irruption avec une précocité excessive, soit isolément, soit en même temps que les manifestations secondaires dont

elles rappellent les caractères par leur dissémination irrégulière et généralisée. L'apparition hâtive et précipitée des lésions tertiaires de la syphilis grave n'exclut pas toujours leur ténacité désespérante, ni leurs recrudescences fréquentes, ni leurs récidives rebelles. Citons comme exemple de cette marche galopante l'observation de syphilis maligne précoce publiée par A. Brousse (*Ann. de dermat. et de syph.* Soc. 1891) :

Un homme de 34 ans à antécédents scrofuleux et alcooliques, dénué à peu près de ressources, moins de 20 jours après avoir contracté un chancre siégeant sur la couronne du gland, peu développé et rapidement guéri, présente une éruption de rupia aux cuisses et aux genoux. Celle-ci, malgré des améliorations passagères dues au traitement, donne lieu à 5 récidives dans l'espace de 2 ans et demi. Le malade est amené dans un état de cachexie profonde à l'hôpital, où il guérit par les toniques et le traitement mixte.

Citons aussi l'observation 37 : « Depuis le mois de juin 1888 jusqu'à ce jour, ce malade a été admis quatorze fois dans le service du professeur Fournier. Il présente chaque fois de multiples lésions cutanées tertiaires. Toute la surface tégumentaire est criblée de cicatrices déprimées, les unes blanchâtres, les autres pigmentées, vestiges des innombrables accidents dont il a été frappé.

Ces syphilis galopantes, ces véroles qui tournent mal, comme dit Diday, propres surtout aux individus débilités, ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. La thèse de notre excellent ami G. Baudouin en renferme des exemples nombreux et variés.

D'une façon générale les accidents tertiaires ne se montrent pas aussi précoces. On les a appelés accidents tardifs suivant une opinion très accréditée, mais contre laquelle a justement protesté notre honoré maître. La même affirmation de précocité a été faite au Congrès de 1889 par MM. Mauriac, Leloir, Vадja, Neumann, Haslund.

En effet, M. le professeur Fournier a montré que l'âge où le tertiairisme atteint son apogée comme fréquence de manifestations est la 3^e année, et que la 2^e et la 4^e année sont les échéances qui paient ensuite le plus lourd tribut au tertiairisme.

Rappelons quelques chiffres donnés par le savant syphiligraphe de l'hôpital Saint-Louis au Congrès de 1889.

Sur 2395 cas d'accidents tertiaires les plus variés :

106	se sont montrés au cours de la 1 ^{re} année
227	— — — 2 ^e —
256	— — — 3 ^e —
229	— — — 4 ^e —
205	— — — 5 ^e —
201	— — — 6 ^e —
165	— — — 7 ^e —
124	— — — 8 ^e —
95	— — — 9 ^e —
115	— — — 10 ^e —, etc.

De la 2^e à la 4^e année, voilà l'échéance où la marée tertiaire bat son plein, dit le professeur Fournier !

Mais à côté de ces manifestations qui surviennent à une époque rapprochée de l'infection, il en est d'autres qui, bien que se montrant à une échéance reculée, n'en sont pas moins graves et aussi capables de récidives multiples. On les observe et dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire tardive après 10, 15, 30 ans et plus.

Avant d'étudier isolément les récidives de ces manifestations, il n'est pas inutile de connaître, d'après la statistique du même auteur, la fréquence relative des accidents tertiaires : nous pourrions ainsi mieux juger des points faibles où la vérole vient le plus souvent frapper.

Sur 3429 cas nous trouvons :

Système nerveux.....	1085
Syphilides tertiaires.....	787
Gommes sous-cutanées.....	428
Lésions osseuses.....	336
Lésions osseuses du squelette nasal et du palais osseux..	173
Lésions tertiaires du voile du palais.....	179
— des organes génitaux.....	157
— de la langue.....	152
— du testicule.....	145

Les syphilides tuberculeuses sèches ont une évolution longue, torpide et d'autant plus tenace que les éléments sont moins développés, avortés pour ainsi dire. Leurs récidives sont fréquentes. A ces carac-

tères déjà inquiétants et graves ajoutons la rareté de leur disparition complète, bien que la résolution puisse être totale, comme dans l'observation 13 par exemple, et cela malgré de multiples récidives et l'absence de tout traitement. Le plus souvent, en effet, une cicatrice d'abord rouge, maculeuse, pigmentée, puis blanche et ineffaçable marque leur passage, sans qu'une ulcération soit nécessaire pour cela.

Ces accidents sont le plus souvent groupés en îlots suivant le mode circiné.

Contrairement aux tubercules lupiques, lors des nouvelles éclosions les syphilides tuberculeuses n'envahissent pas les anciennes cicatrices, elles apparaissent sur les contours des lésions antérieures faisant tache d'huile pour ainsi dire, à chaque poussée nouvelle. Aussi lorsque l'éruption prend la forme concentrique « les nodosités les plus anciennes sont centrales, les plus récentes sont périphériques. Certaines syphilides de cet ordre, abandonnées pendant plusieurs années à elles-mêmes, ont pu atteindre des dimensions extraordinaires et occuper non pas seulement une région ou plusieurs régions voisines, mais la presque totalité du corps » (Barthélemy et Balzer).

Ainsi dans l'observation 53, intéressante à plusieurs points de vue, depuis 9 ans, des accidents de ce genre par leurs empiètements successifs ont envahi la partie supérieure des cuisses, les 2 régions fessières, la partie inférieure des lombes.

Rappelons à nouveau que les syphilides tuberculeuses sèches peu développées, à peine saillantes, avortées en un mot, éparpillées, disséminées parfois comme les éruptions secondaires, peuvent coïncider avec un syphilome chancreux et faire croire à une réinfection syphilitique.

Lorsque les nodules sont confluents et hypertrophiés, ils forment les syphilides tuberculeuses en nappe, accidents également récidivants (obs. 32).

La face est la région qu'envahissent de préférence les syphilides tuberculeuses sèches soit en groupe, soit en nappe (ailes du nez, front, lèvres). Il en est de même pour ces lésions ulcérées (obs. 39).

Les syphilides gommeuses ulcéralives (syphilides tuberculo-croûteuses ou tuberculo-ulcéreuses) affectent de préférence le mode circiné ou la configuration serpentineuse.

Il est très rare que cette lésion se répare spontanément. Aussi persiste-t-elle indéfiniment tant que le traitement spécifique n'intervient pas (6, 10, 15 ans).

« Une fois la lésion disparue, tout n'est pas fini. Car cette syphilide est une lésion essentiellement sujette aux récidives et même aux recrudescences inattendues. » La malade de l'observation 40 présente un type de ces recrudescences. Sur un point de la région atteinte il reste soit un noyau d'induration, soit un peu de rougeur : c'est de là que part chaque poussée nouvelle depuis 1883.

« Le mal est à peu près guéri quand tout à coup, sans raison, le processus ulcéreux reprend de plus de belle. Et tout est à recommencer pour empêcher la plaie de se creuser de plus en plus. Ou bien la plaie récidive soit en passant d'une région à une autre où elle apparaît toujours avec des caractères pathognomoniques, soit dans le voisinage de la lésion ancienne, soit même in situ sur la cicatrice même. Il s'agit alors non pas d'une maladie, d'une ulcération simple de la cicatrice, mais d'une véritable syphilide développée en plein tissu cicatriciel. La nouvelle lésion peut avoir une forme absolument identique à celle de l'ancienne, quelquefois même elle présente une tendance extensive plus marquée » (obs. 33 et 39). La malade de cette dernière observation, par exemple, ne compte plus les multiples récidives de syphilides tuberculo-ulcéreuses de la face qui l'ont amenée à l'hôpital Saint-Louis. Chaque fois elle en est sortie guérie complètement. Mais dès que le traitement est interrompu, parfois même au cours du traitement, la lésion récidive in situ.

« Les récidives, les recrudescences, les tendances à l'extension sont parfois si prononcées que l'on se trouve en face non pas d'une simple exaspération des caractères habituels, mais d'une complication véritable des syphilides, nous voulons parler du phagédéisme tertiaire » (Barthélemy et Balzer).

Les accidents de ce genre, prompts à récidiver, sont plus longs, plus difficiles à arrêter.

Quant aux syphilides serpigneuses, pseudo-phagédéniques, ce sont des « syphilides qui douées absolument des mêmes caractères que les précédentes, ne s'en différencient que par une marche incessante non en profondeur mais seulement en surface et par un agrandissement lent mais continu ». « Ce sont, dit Fournier, des accidents de vieille

syphilis. » Ces lésions, qui progressent d'un côté pendant que l'ulcération serpigineuse se répare de l'autre, sont trop bien connues pour que nous en rapportions ici la description. Leur marche est essentiellement lente et chronique, elle est souvent aussi irrégulière et saccadée. Il faut toujours se tenir en défense contre leurs recrudescences toujours possibles tant que l'ulcération n'est pas complètement cicatrisée. Alors que la guérison semblait acquise, l'affection reprend sa marche envahissante de la façon la plus imprévue ; par un brusque retour offensif elle détruit en un clin d'œil ce qu'on avait obtenu d'un traitement prolongé. Dans l'observation rappelée plus haut (obs. 52) où la lésion subsistait encore 2 ans après son début, il s'agissait d'une syphilis maligne précoce ; les accidents phagédéniques s'étaient montrés de bonne heure et avaient récidivé 2 ans après.

Les syphilides tuberculeuses sèches ou ulcérées, sont communément confondues avec le lupus, affection capable, elle aussi, de récidiver in situ après guérison complète ou apparente. Dans beaucoup de cas le diagnostic n'est possible que par le traitement spécifique qui agit sur les lésions syphilitiques avec une rapidité significative. On peut dire cependant d'une manière générale que le lupus évolue bien plus lentement que la syphilis. Lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion de moyenne grandeur qui a mis plusieurs années à se produire il y a de très fortes présomptions pour que l'on ait affaire à un lupus. Le lupus vulgaire a une moindre tendance que la syphilide tuberculeuse à s'ulcérer, à prendre une marche extensive serpigineuse. Quand il le fait, le centre cicatriciel présente quelques tubercules disséminés çà et là dans les tractus fibreux, ce qui n'arrive jamais dans la syphilis. Le tubercule lupique ne ressemble pas tout à fait à l'élément syphilitique ; il est plus jaune, plus transparent, se laisse plus facilement dilacérer. Cependant les formes scléreuses, serpigineuses du lupus peuvent simuler complètement les syphilides tuberculo-ulcéreuses et tuberculo-croûteuses. Les cicatrices du lupus sont plus inégales, plus groupées que celles de la syphilis dont les bords sont ordinairement pigmentés.

Les syphilides tertiaires superficielles serpigineuses simulent parfois tellement le psoriasis que le diagnostic est impossible. L'existence de cicatrices antérieures et les commémoratifs quand il y en a, un épaississement plus marqué des téguments, des squames moins

nacrées, une multiplicité moins grande des éléments, une lenteur extrême dans l'évolution permettant parfois de pencher vers la syphilis, quoique ce soit là des nuances bien peu décisives. Le plus souvent l'épreuve thérapeutique reste le seul juge du débat. Telle se présentait la lésion observée par M. Fournier chez le malade dont nous parlions plus haut (obs. 52).

Les gommes sous-cutanées ont la même évolution que les syphilitiques tuberculeuses. On peut aussi les observer à une période précoce (obs. 58). Souvent elles se montrent par poussées successives. « Lorsque la cicatrisation est complète et paraît définitive, ou pendant la période de réparation on peut voir repulluler sur place la néoplasie gommeuse. La cicatrice s'ouvre alors et laisse à découvert de nouvelles eschares. »

D'autres fois les gommes sous-cutanées en venant s'ouvrir au dehors servent de point de départ à des phagédénismes tégumentaires.

Viennois a publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1891), une observation de ce genre des plus intéressantes :

Il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire tardive ; à l'âge de 8 ans, apparition à la partie inférieure de la jambe gauche de gommes qui se montrèrent de nouveau à 13 ans, à 20 ans et à 32 ans ; excellente santé dans l'intervalle. Les dernières gommes débutent sur le dos des 2^e et 3^e orteils du pied gauche à 32 ans et amènent leur chute au bout de 6 ans. En même temps large ulcération serpiginieuse de l'extrémité antérieure du pied. Le malade resta sans traitement spécifique jusqu'à l'âge de 43 ans ; le traitement institué à ce moment se montre d'abord insuffisant à cause des mauvaises conditions hygiéniques du malade. Repris dans de meilleures conditions hygiéniques et le malade étant au repos, le traitement amena la cicatrisation en 8 jours.

Quand une ulcération résultant de la fonte d'une gomme syphilitique siège aux jambes (obs. 58), elle peut être confondue avec un ulcère simple d'origine variqueuse, d'autant plus que les deux affections après guérison peuvent au moindre prétexte voir leur cicatrice se rompre et la perte de substance réapparaître et grandir. L'ulcération syphilitique a une forme nette souvent caractéristique, des bords taillés à pic, un fond jaunâtre, bourbillonneux. Si on ne trouvait point en d'autres endroits du corps d'autres signes évidents, l'application

d'un traitement mixte, de bandelettes de Vigo donnerait vite une preuve de la spécificité de la lésion. Du reste les ulcérations syphilitiques sont souvent multiples, ne sont pas localisées à la partie inféro-interne de la jambe, comme l'ulcère simple variqueux. Celui-ci est plus souvent unique ; le fond en est gris terne, tapissé de bourgeons charnus émergeant d'une matière pultacée et diphtéroïde ; les bords en général réguliers, peu découpés, épaissis en forme de bourrelet surplombent le fond de la perte de substance. Au pourtour de l'ulcère les tissus sont altérés et la peau épaissie, glabre, adhère aux parties sous-jacentes. L'ulcère en général persiste indéfiniment avec des alternatives d'améliorations et d'aggravation.

L'observation 61, où tous les points du diagnostic sont analysés par M. A. Morel-Lavallée, est bien propre à faire comprendre toutes les difficultés, d'autant plus que l'action de la médication spécifique ne vient à bout des lésions qu'après un certain temps et que le malade déclare avoir été guéri antérieurement des mêmes accidents par un traitement purement local, sans médication interne (voyez aussi l'obs. 59).

Ces lésions tertiaires ulcéreuses par leurs retours incessants sont l'origine de processus de suppuration prolongée et aboutissent à la dégénérescence amyloïde des viscères.

Cette dégénérescence ne saurait constituer une lésion syphilitique ; elle n'intervient ici qu'à titre d'épiphénomène comme dans la tuberculose et son origine doit être recherchée dans les produits solubles d'une infection secondaire surajoutée.

Dans les chapitres qui vont suivre nous étudierons les localisations les plus fréquentes de la syphilis tertiaire surtout au point de vue des récidives. Nous ne pourrions les passer toutes en revue ; beaucoup en effet de ces lésions restent latentes, dans les syphilis viscérales par exemple, où la première atteinte n'est souvent qu'une trouvaille d'autopsie.

Nous n'en voulons pour exemple que la syphilis hépatique. Dans la forme gommeuse pure, l'affection peut passer tout à fait inaperçue. Isolée par sa capsule au milieu du parenchyme hépatique sain, la gomme n'entrave en rien les fonctions du foie. Tant que par sa localisation elle ne détermine pas de phénomènes de compression,

le silence symptomatique peut être complet. Même latence peut être observée dans la forme scléro-gommeuse, et cependant l'anatomie pathologique nous montre les récidives multiples dont ont été frappés ces foies ficelés : les cicatrices fibreuses épaisses, rubanées qui étranglent la glande et pénètrent à son intérieur, ont parfois une résistance presque cartilagineuse. A côté d'elles, des tractus plus jeunes sont d'un blanc laiteux : leur aspect est presque succulent. Enfin, la lésion originelle, la gomme : sa croissance terminée, elle subit un travail de régression, la transformation fibroïde. Parfois même on trouve au milieu de ces bandes cicatricielles anciennes, des gommès soit isolées, soit agminées dont la présence atteste la véritable récidive in situ. Et le plus souvent le malade n'a été amené à l'hôpital qu'au dernier moment, le diagnostic de syphilis hépatique fait in extremis, dirons-nous, à un moment où le mercure et l'iodure n'ont plus aucune action sur des lésions arrivées à l'état adulte et fibreux !

LOCALISATIONS HABITUELLES DES RÉCIDIVES IN SITU

Accidents récidivants de la bouche, de la gorge et du pharynx.

La cavité bucco-pharyngée est avec la région génitale un des sièges où les manifestations syphilitiques sont le plus sujettes à récidiver. Ces lésions peuvent, comme aux organes génitaux, réapparaître aux trois périodes.

Au moment de la guérison du chancre (qu'il siège sur les lèvres, les amygdales ou la langue) on peut observer la transformation in situ en accidents secondaires. Ce fait est toutefois plus rare ici qu'au niveau des parties génitales. Derrière cette éruption masquant la sclérose initiale, l'adénopathie symptomatique révélera la porte d'entrée d'une syphilis qui parfois ne demande qu'à rester ignorée.

Quant aux manifestations secondaires, on les rencontre chez presque tous les syphilitiques. Leur nombre, leur étendue, leur durée, leurs retours, leur siège relèvent de causes fort diverses : causes adjuvantes qu'on retrouve également à la période tertiaire, causes non fatales, car ces lésions peuvent se produire sans elles sous la seule influence de la disposition diathésique :

Les conditions individuelles : on sait combien sont fréquentes les érosions de la bouche et des lèvres chez les jeunes enfants syphilitiques ;

Le siège même du chancre n'y serait peut-être pas étranger. Pour M. E. Besnier, en effet, les accidents syphilitiques seraient plus fréquents dans la zone où est apparue la sclérose initiale qu'ailleurs ; l'accident primitif serait une cause d'appel pour les éruptions ultérieures ; après le chancre de la langue il y aurait plus de syphilides linguales, buccales que de syphilides génitales ou anales (obs. 16).

Bien plus importantes sont les causes d'irritation qui abondent ici

et dont l'intervention joue un rôle considérable dans les récives. L'hygiène buccale et dentaire mérite les plus grands soins.

L'irritation mécanique provoquée par le séjour de parcelles alimentaires, par le contact des liquides irritants, ou par une dentition défectueuse (obs. 15) favorise la production des accidents. En face d'un chicot, d'une dent cariée ou simplement déviée, d'inégalités, d'arêtes, d'incrustations susceptibles d'excorier la langue, se montrent, surtout sur les régions marginales de l'organe, des lésions spécifiques, qui se reproduisent sans cesse, tant que le chicot n'a pas été enlevé, que la dent n'a pas été obturée, la saillie abrasée par la lime. Cette cause d'appel pour les manifestations syphilitiques mérite d'autant mieux d'être connue, qu'en raison de frottements continuels contre ces irrégularités dentaires, et sans qu'il s'y joigne une influence diathésique, la muqueuse linguale peut s'enflammer. Cette glossite dentaire est souvent regardée comme syphilitique, erreur facile à éviter si l'on se rappelle qu'elle est constituée par un noyau circonscrit et dur, surmonté ou non d'une surface excoriée ou ulcérée au voisinage d'une dent en mauvais état. Chez l'homme les récives des accidents buccaux sont plus fréquentes que chez la femme. Celle-ci prend en général plus de soin de sa bouche. Elle use moins que l'homme de l'alcool et du tabac dont l'action irritante est une cause d'appel pour les lésions spécifiques en même temps qu'une cause d'aggravation.

Les plaques muqueuses aussi bien que les lésions tertiaires affectent de préférence les syphilitiques fort fumeurs. Chez eux les manifestations buccales apparaissent presque sans interruption et souvent pendant longtemps. M. Fournier a vu sur une jeune dame qui avait contracté en Orient l'habitude de la cigarette et du cigare les syphilides pulluler à la bouche et récidiver à vingt reprises différentes comme chez un homme.

Cette influence nocive du tabac, si marquée pour le retour des accidents, est un fait bien connu (obs. 15, 21, 23, 25, 28, 41, 47, etc.). Pour M. A. Morel-Lavallée, le tabac aurait même plus qu'une action momentanée, en ce sens que les récives s'observeraient très souvent chez d'anciens fumeurs qui ont rompu avec leurs habitudes depuis la syphilis (obs. 26). Le tabac (tabac à fumer et à chiquer) n'est pas seulement une cause d'appel puissante pour les récives. Capable déjà à lui seul de déterminer chez des individus non syphili-

tiques, une stomatite spéciale et souvent confondue avec la glossite scléreuse tertiaire, quoiqu'elle s'en distingue par une intensité, une étendue, une induration moindres des lésions, et surtout par les plaques nacrées des commissures et des joues, il imprime encore une aggravation sérieuse aux accidents spécifiques avec lesquels il s'associe. La combinaison de ces deux facteurs, syphilis et tabac, forme une *glossite métisse*, dont l'aspect est aussi étrange que la guérison en est difficile et rebelle. Toute la surface dorsale de la langue est envahie, indurée, déformée, profondément lobulée, blanche et nacrée sur certains points, rouge sur d'autres, érodée, ulcérée par filots, très douloureuse et réfractaire au traitement.

De même que les orateurs et les chanteurs, les personnes qui abusent des aliments épicés, des liqueurs, de l'alcool, sont également exposées aux retours incessants des syphilides buccales et gutturales. Dans une de nos observations, nous voyons tour à tour le tabac et l'alcool déterminer l'explosion de syphilides buccales. Alors que le malade était fumeur, de nombreuses poussées de plaques muqueuses s'étaient montrées dans la première année de la syphilis. Celle-ci semblait éteinte depuis onze ans, le malade ayant cessé de fumer depuis les premiers accidents. Il contracte alors des habitudes d'alcoolisme ; de nombreuses syphilides confluentes de la bouche ne tardent pas à apparaître (obs. 29).

Parmi les manifestations bucco-pharyngées, il en est quelques-unes dont l'aspect blanchâtre, diphtéroïde est le résultat d'infections secondaires. M. Bourges a montré qu'on n'y trouve pas le bacille de Klebs, mais des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, contribuant avec les plaques muqueuses à faire des angines blanches pseudo-diphtéroïdes.

Quelques auteurs croient que le traitement spécifique n'est pas entièrement étranger aux poussées successives de la maladie. Rosolimos (d'Athènes), ayant vu dans des cas réfractaires la stomatite mercurielle survenir dès le début du traitement, croit que l'inflammation de la muqueuse buccale par cette stomatite constitue un *locus minoris resistentiæ* favorisant la persistance ou la repullulation des syphilides. L'élimination muqueuse de l'iode, d'après Langlebert, constituerait également par l'irritation qu'elle détermine (catarrhe pharyngo-nasal) un point faible pour l'éclosion des papules et des

syphilides muqueuses. Le professeur Hardy regarde également comme nocif, dans certains cas, le traitement iodo-mercuriel. M. le professeur Fournier signale (in *Glossites tertiaires*) l'accroissement des lésions après la sédation des accidents hydrargyriques. « Aussi, dit-il, est-il indiqué de s'abstenir des procédés de mercurialisation qui exposent au ptyalisme, tels que frictions, calomel, etc. Bien préférables ici sont les méthodes moins sujettes à exciter la bouche. Le sublimé donné en pilules est la préparation qui m'a paru réunir le plus d'avantages à la dose de 2, 3, 4, et même 5 centigr. par jour, progressivement. »

Même remarque à propos des cautérisations qui doivent être « espacées de plusieurs jours, six jours en moyenne. Renouvelées plus souvent, renouvelées quotidiennement par exemple, elles deviennent nuisibles, irritantes ; elles accroissent l'éréthisme local et entretiennent les exulcérations bien plutôt qu'elles ne contribuent à les réparer ».

Parfois, indépendamment de toute cause occasionnelle, on voit récidiver les manifestations syphilitiques de la cavité bucco-pharyngée, sans qu'il soit possible de savoir pourquoi elles se sont produites, ni pourquoi elles ont affecté telle forme, plutôt que telle autre.

C'est surtout au début de la période secondaire, qu'apparaissent coup sur coup, sans trêve ni merci les accidents (syphilides érosives, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques, plaques lisses...) dont les récurrences durent des 3, 4, 5 ans et se montrent, soit isolées, soit en même temps que d'autres manifestations. Bénignes et faciles à guérir par un traitement local, elles reparaissent, même sous le traitement spécifique, avec une ténacité incroyable, résistent aux doses les plus élevées de mercure et cèdent au contraire rapidement à une cautérisation au nitrate d'argent, ou au nitrate acide de mercure. Ces manifestations secondaires ont pour siège de prédilection et par ordre de fréquence, les amygdales, les piliers, le voile du palais, la face muqueuse des lèvres et la langue ; elles sont extrêmement rares au pharynx. Les amygdales, selon la pittoresque expression du professeur Fournier, constituant « un véritable nid à syphilides » où nous voyons la maladie faire de multiples couvées (obs. 15). Chez les sujets dont les tonsilles étaient volumineuses dès l'enfance, « il est commun de voir les amygdales se couvrir de papules muqueuses ou d'exulcérations récidivantes et devenir le siège de poussées angineuses accom-

pagnées de douleurs et de fièvre. Dans ces cas on peut être conduit à pratiquer l'ablation des glandes hypertrophiées.

Ces lésions récidivantes de la cavité bucco-pharyngée méritent une attention toute spéciale, en ce qu'elles exposent d'autant plus à la contamination qu'elles sont souvent insidieuses. Leur situation profonde pour quelques-unes les dérobe même aux regards de l'observateur. Leur indolence est aussi cause de désastres lamentables, qui viennent trop souvent grossir par leurs ricochets, le nombre des syphilis imméritées, telles ces plaques muqueuses en feuillet de livre de la commissure labiale des nouveau-nés, fissures insignifiantes, gerçures superficielles, se cicatrisant sans peine mais toujours prêtes à se rouvrir et par le seul fait du fonctionnement. Malgré leur apparente bénignité, ces petites lésions sont un véritable danger pour la nourrice. « Leur surface ulcérée, érosive ou revêtue d'un épithélium altéré et très fragile est sans cesse recouverte de débris de tissu imprégnés de virus, ou laisse à la moindre irritation, suinter une humeur virulente. » Ces plaques muqueuses, contagieuses au premier chef, peuvent se manifester presque indéfiniment par poussées successives. Telle est cette jeune fille de 16 ans, soignée par M. Balzer, qui depuis sa naissance a presque constamment des plaques muqueuses de la bouche. Tel aussi le malade déjà cité (obs. 29).

Ces syphilides rebelles et récidivantes ne doivent pas être confondues avec les poussées si fréquentes et si tenaces d'érosions herpétiques de la bouche. Celles-ci ont été signalées par le professeur Fournier à la suite des traitements mercuriels prolongés. Loin de céder à l'action spécifique, elles ne font que s'irriter sous l'influence des préparations hydrargyriques. Ces ulcérations disséminées microcycliques et polycycliques, d'une durée éphémère, se reproduisent par poussées de 3 ou 4 vésicules, deviennent douloureuses et gênent beaucoup la mastication.

Il est une autre affection, bien décrite par M. Quinquaud, difficile à distinguer ordinairement des plaques muqueuses et capable aussi de prendre la forme récidivante. Elle mérite donc d'être citée ici : c'est l'hydroa-buccal, « lésion syphiloïde par excellence, comme le dit le professeur Fournier. L'hydroa, au moins au début, dans les premiers jours est plus inflammatoire, plus aigu, plus douloureux que les plaques muqueuses. Sa coloration est parfois carminée, il est

plus confluent ; quelquefois il fait le tour des lèvres (hydroa orbiculaire). Il est plus irrégulier comme forme. A côté de ces nuances est un autre signe pathognomonique, mais malheureusement souvent impossible à constater : la persistance, à côté des lésions érosives, de lésions restées encore à la période vésiculaire. En réalité, les caractères objectifs de la lésion suffiront rarement au diagnostic. Pratiquement c'est surtout en recherchant, d'une part, aux points de prédilection (métacarpe, genou, coude, cou-de-pied, hanche) les éruptions d'hydroa cutané qui accompagnent souvent l'hydroa muqueux ; de l'autre, les autres traces syphilitiques, que vous pourrez vous prononcer ». M. Quinquaud signale des angines hydroïques primitives, débutant par un peu de malaise, un léger état fébrile : 38°, 38°,5 ; dans ces cas l'existence d'altérations de la gorge, analogues aux plaques muqueuses mais ne coexistant pas avec des manifestations spécifiques, doit éveiller l'idée d'une angine hydroïque.

A côté de ces cas difficiles il en est d'autres encore plus embarrassants, ainsi des lésions de la bouche et des lèvres, syphiloïdes d'aspect, peuvent s'accompagner de lésions cutanées également syphiloïdes. Ces cas se montrent chez des enfants athrepsiés, tels les érythèmes papuleux post-érosifs, les syphiloïdes post-érosives de Jacquet. Nous ne pouvons citer d'exemples plus probants que ceux rapportés par M. E. Besnier (*Bulletin médical*, 1887, n° 32) :

D'une part ulcérations ou plutôt rhagades et érosions desquamatives de la langue et des lèvres ; d'autre part, lésions papuleuses et papulo-érosives des fesses et des régions avoisinantes. Malgré l'aspect syphiloïde de ces manifestations, M. Besnier repoussa l'idée de spécificité à cause de l'intégrité des narines et des commissures naso-jugales, des contours irréguliers des lésions sans base néoplasique. L'évolution donna raison au savant médecin de l'hôpital Saint-Louis : ces ulcérations guérissent en une dizaine de jours par les lavages boricués, des applications de poudre inerte, une hygiène locale et générale ; ce que n'aurait pas fait la syphilis. Ces lésions ont été appelées par M. Besnier : intertrigo vacciniiforme des nouveau-nés ou érythème papuleux vacciniiforme des nouveau-nés. M. le professeur Fournier qui a observé des faits semblables leur a donné les noms d'herpès vacciniiforme, d'éruption vaccino-syphiloïde des nouveau-nés. La connaissance de telles affections doit imposer la plus grande circons-

pection au médecin appelé à décider si des lésions quelconques observées chez un tout jeune enfant sont ou non syphilitiques.

Les plaques syphilitiques lisses du professeur Fournier (fauchées en prairie du professeur Cornil, disques de desquamation de Mauriac) se rapprochent beaucoup des formes avortées de la glossite exfoliatrice marginée. Ces deux affections siègent en effet sur la face dorsale de la langue, où souvent elles récidivent au même endroit ; toutes deux sont arrondies ou ovalaires. La muqueuse à leur niveau est rouge vif, lisse, luisante, mais les plaques de la glossite exfoliatrice ont pour caractère important leur mobilité, les plaques lisses syphilitiques leur fixité. Les premières sont en évolution constante, leur aspect varie d'un jour à l'autre ; elles sont *aberrantes* (Wandering).

L'un des foyers les plus actifs de la syphilis secondaire, la cavité bucco-pharyngée n'échappe pas au tertiariisme.

Remarquable à plus d'un point de vue, la syphilis tertiaire de la cavité buccale nous intéresse spécialement par la facilité de ses récidives.

Les glossites tertiaires constituent des accidents fréquents. Quelle que soit la forme à laquelle elles appartiennent, scléreuse ou gommeuse, elles ont un siège de prédilection qu'on retrouve presque constamment, c'est la face dorsale de la langue. Elles y occupent soit les régions moyennes (ce qui est le plus habituel), soit les régions antérieures ou latérales. Jamais on ne les observe à la face inférieure.

Les glossites scléreuses persistent in situ, les glossites gommeuses meurent in situ, voilà ce qui constitue la différence essentielle qui les sépare, dit le professeur Fournier. Les premières, hyperplasies vivaces, susceptibles de s'organiser sous une forme persistante et définitive, peuvent se combiner aux secondes, hyperplasies qui dégénèrent plus ou moins hâtivement, se nécrobiosent et sont éliminées par un travail ulcératif ; cette affection mixte constitue la glossite scléro-gommeuse.

« Le pronostic des glossites tertiaires, enseigne le professeur Fournier, est singulièrement aggravé par la possibilité, disons mieux par la fréquence des rechutes ou des récidives. »

Cette double tendance est beaucoup plus accusée dans la forme scléreuse que dans la forme gommeuse.

« Les glossites scléreuses, d'abord, sont essentiellement sujettes à

des rechutes, sans parler des récidives véritables qui peuvent se produire, alors que le malade, ce qui est rare, s'est heureusement tiré d'une première atteinte. Lors même qu'elles sont guéries dans la mesure que vous savez (muqueuse désorganisée), elles laissent pour ainsi dire une queue après elles ; elles laissent des lésions qui restent sujettes à des excitations nouvelles, qui s'érodent, s'excorient, s'ulcèrent plusieurs fois de suite, voire indéfiniment, sans même que l'influence syphilitique puisse être invoquée comme cause de tels accidents. Ces sujets à moitié guéris dont je viens de vous parler, quel sort les attend dans l'avenir, à moins qu'ils ne se soumettent à une hygiène buccale des plus sévères ou peut-être même en dépit de cette hygiène ? S'ils fument, s'ils boivent, s'ils ne surveillent minutieusement l'état de leurs dents et de leur bouche, il est absolument certain qu'ils verront dans quelques mois ou plus tard leur langue s'enflammer à nouveau, se crevasser dans le fond des sillons, se tuméfier, s'ulcérer par places, redevenir douloureuse, reproduire les mêmes troubles fonctionnels dont ils sont actuellement délivrés. Et même malgré toutes les précautions imaginables, je vous le répète il est impossible que la rechute ne se produise pas moins. Cette prévision s'est réalisée sur un malade affecté de glossite scléreuse profonde. Sorti de nos salles, au mois d'avril, dans l'état de demi-guérison que je viens de décrire, il a continué depuis lors à se traiter, à se gargariser ; il n'a pas fumé, il n'a pas commis d'excès alcooliques. Et cependant, en septembre, il est revenu vers nous présentant tout le bord gauche de la langue couvert de nombreuses érosions, les unes fissuraires, les autres plus ou moins étalées, toutes très douloureuses. Recherchant la cause qui avait pu déterminer ou favoriser la rechute, il nous a semblé que l'état des dents incrustées de tartre n'y était pas étranger. Et en effet, le nettoyage de ces dents a suffi pour amener immédiatement une détente notable des phénomènes inflammatoires. »

Il s'agit ici d'une glossite profonde ; d'après M. A. Morel-Lavallée, même dans les formes superficielles des glossites scléreuses, la récurrence est à peu près fatale. On peut bien, nous a-t-il dit, se basant sur la plupart des cas qu'il a observés, obtenir des améliorations, des guérisons de plus ou moins longue durée ; on ne peut guère espérer qu'il ne se reproduira pas plus tard des poussées tendant à rendre l'affection définitive, et cela même en dépit du traitement le mieux suivi.

On ne confondra pas les glossites syphilitiques scléreuses superficielles, qui débutent par une sorte de dépapillation de la langue, dont les lésions fixes présentent, en même temps qu'une certaine sensibilité, une induration parcheminée; avec les plaques de la glossite exfoliatrice marginée dont nous avons déjà parlé. Ces dernières sont aberrantes, indolores, limitées par une bordure d'un blanc mat presque toujours argenté; mais comme les premières elles récidivent souvent en une même région.

En second lieu, les glossites de forme gommeuse récidivent quelquefois après guérison. Telle l'observation suivante rapportée par M. le professeur Fournier : « Dans le cours d'une syphilis tertiaire, féconde en accidents aussi multiples que graves, un de mes malades de la ville présenta une lésion gommeuse de la langue, siégeant sur la moitié droite de l'organe, au niveau des grosses molaires environ. Cette lésion ne tarda pas à s'ulcérer en dépit du traitement. A peine constituée, l'ulcération s'élargit aussitôt, se creusa simultanément, devint gangreneuse d'aspect, et arriva à mesurer 6 à 7 centim. de long sur 2 de large, avec une profondeur de 12 à 15 millim. Une médication des plus intenses fut alors mise en œuvre et parvint à enrayer les progrès du mal. Dans l'espace de 3 mois une cicatrisation complète put être obtenue. Mais 3 autres mois s'étaient à peine écoulés, que de nouvelles lésions gommeuses se produisaient au voisinage de l'ancienne, et que la cicatrice même de cette dernière se rouvrait.

« Une seconde ulcération se forma alors sur le territoire de la première et en dépassa même les limites. Bientôt elle s'excava profondément et aboutit à constituer une cavité énorme où l'on aurait facilement logé le pouce. Le fond de cette véritable caverne gommeuse était absolument gangreneux d'apparence. Et lorsque, pour déterger les parties, je promenais sur elles un pinceau de charpie, j'en détachais une sorte de bouillie putrilagineuse d'un vert noirâtre horriblement fétide, contenant des lambeaux escharifiés du parenchyme lingual. C'était la langue qui s'en allait ainsi en déliquium ! Les troubles fonctionnels et l'état général déterminés par cette affreuse lésion furent de nature à m'inspirer, pendant quelque temps au moins, les plus sérieuses alarmes. Le malade guérit cependant après plusieurs mois d'un traitement mixte par les frictions mercurielles, l'iodure et les toniques.

« Mais il y a plus encore et ici prend place un fait des plus intéressants.

« On a vu soit dans les formes scléreuses, soit dans les formes gommeuses, des récidives se produire plusieurs fois de suite, se produire à satiété; et cela : tantôt sous l'influence d'une cause d'excitation permanente, tantôt même sans cause provocatrice.

« Ces cas de récidives répétées ou incessantes sont peu connus en général. Ils méritent de l'être cependant, et je ne saurais mieux faire pour attirer sur eux votre attention que de vous en citer deux exemples empruntés à mes notes. Les voici :

« Premier cas, relatif à des gommès. Un malade que j'ai eu l'occasion de traiter en ville a été affecté, pendant 9 années consécutives, de gommès linguales multiples au nombre de 6 à 9, et d'un volume comparable à un noyau de cerise. Ces gommès, suivant l'expression du malade, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître ». Sous l'influence de l'iodure de potassium, elles se résorbaient rapidement, pour se reproduire dans l'espace d'une quinzaine à un mois après la cessation du remède. Alors, nouveau traitement, disparition nouvelle; puis cessation du traitement, récidive; et ainsi de suite d'une façon assidue et constante. Dans l'espace d'une année, le malade compta dix de ces récidives; qui d'ailleurs se produisaient sous la seule impulsion de la diathèse, sans aucune provocation surajoutée. Je ne parvins que très difficilement et grâce à un traitement mixte très énergique, à couper court, d'une façon définitive, à cette incessante repullulation des tumeurs.

« Second exemple, celui-ci relatif à la forme scléreuse. Un homme, jeune encore, syphilitique depuis quelques années, commença en 1865 à être affecté d'une glossite scléreuse. C'était un fumeur émérite, ne quittant pas la cigarette du matin au soir et quelquefois du soir au matin. Je le guéris avec peine une première fois, car il n'avait que très incomplètement renoncé au tabac, malgré toutes mes exhortations. A peine débarrassé il reprit la cigarette de plus belle et, en 1866, ce qui devait se produire se produisit, à savoir récidives multiples de la lésion originelle. L'une de ces poussées fut des plus intenses : la langue devint absolument mamelonnée, lobulée, striée de sillons, ulcérée sur son dos et ses bords. Le malade souffrit cruellement à cette époque. Il me jura de ne plus jamais fumer, et, pour me convaincre,

brûla solennellement devant moi un formidable approvisionnement de cigarettes. Mais avec le soulagement (je ne dis plus avec la guérison, car il n'était plus de guérison possible à une époque où l'état scléreux s'était déjà confirmé), les belles résolutions furent bien vite oubliées, et, grâce au tabac, les poussées inflammatoires et ulcéreuses se succédèrent sur la langue d'une façon en quelque sorte subintrante.

« De 1866 à 1872 (époque à laquelle je cessai de voir le malade), il ne se passa guère un mois, sans que des excoriations ou des ulcérations véritables se produisissent à la surface et sur les bords de l'organe. Plusieurs fois même, il se fit des recrudescences terribles, couvrant la langue d'ulcérations, déterminant une salivation abondante avec douleurs très vives, gêne extrême de la parole et de la mastication, etc. Le tabac était alors forcément délaissé. Puis l'habitude reprenant toujours le dessus, une poussée nouvelle ne tardait guère à apparaître, et ainsi de suite....

« Ces épiphénomènes vulgaires ; accidents non spécifiques, simplement inflammatoires développés par une cause d'irritation continue ; le traitement antisypilitique est impuissant à les combattre. Le mercure et l'iodure seraient employés ici en pure perte. Inutile donc, en semblable occurrence, de fatiguer les malades par une administration chronique d'impuissants remèdes. Une autre direction est à suivre : c'est d'abord de rechercher les causes qui servent d'appel aux récidives et de les supprimer, si cela est possible ; c'est ensuite d'appliquer à ces phlegmasies consécutives la seule médication qui leur convienne, à savoir la médication topique des glossites vulgaires » (Fournier).

Il n'est pas rare de voir les glossites tertiaires évoluer en même temps que d'autres accidents, qu'il nous reste maintenant à passer en revue.

Le syphilome diffus des lèvres, étalé en nappes plus ou moins uniformes, souvent préparé par des néoplasies syphilitiques tertiaires circonscrites, est beaucoup plus fréquent que les autres manifestations de même nature. Il se montre surtout à la lèvre inférieure ; il fait partie du léontiasis de la face, dont il constitue un des éléments les plus réfractaires au traitement. Son étendue, sa durée, ses complications (phagédénisme, sténose cicatricielle, ses récidives faciles), en font une affection beaucoup plus grave que la gomme labiale,

qui ne produit pas en général de graves déformations, quoiqu'elle soit très sujette à récidive sur le même endroit. Un malade de MM. Fournier et Portalier (obs. 41), fumeur, est affecté de syphilides ulcéreuses et de syphilides gommeuses des lèvres, sans aucun autre accident spécifique. Malgré le traitement, il ne peut parvenir à juguler ces manifestations, récidivant sans cesse in situ depuis 1875. Chez un autre malade (obs. 50) on voit, au cours d'une syphilis grave précoce, une gomme occupant toute la lèvre supérieure, récidiver 14 mois plus tard.

D'après Tuffier (*Revue de chirurgie*, 1886) les gommes circonscrites ont une préférence beaucoup plus marquée pour la lèvre supérieure que pour l'inférieure ; et le traumatisme, déterminé par les incisives inférieures qui viennent buter contre la lèvre, semble préparer un terrain favorable à leur développement. Il ne faudrait pas confondre avec une gomme ulcérée, certaines ulcérations des lèvres dues à des dents en mauvais état.

Tandis que les gommes des lèvres guérissent rapidement sous l'influence du traitement ; l'iodure et le mercure échouent très souvent contre le syphilome diffus, s'il est ancien ; et n'arrivent guère à prévenir ses fréquentes récidives, alors même que l'affection aurait guéri complètement sous leur action, lors d'une première atteinte.

Au voile du palais et dans le pharynx, les lésions tertiaires de la syphilis soit héréditaire, soit acquise ; par suite de leur indolence, de leur insidiosité, de la rapidité de leur apparition et de leur évolution ; méritent d'autant mieux d'être connues, que leurs fréquentes récidives en augmentent encore la gravité : témoins, ces voiles palatins qui se montrent percés comme de véritables dentelles par des syphilides ulcéreuses, contrairement au lupus qui érode lentement sans creuser de fenêtres.

Quant aux gommes du voile, elles produisent plutôt des pertes de substance considérables séparées par des ponts de substance saine.

M. Fournier cite (*Revue générale de clin. et de thérapeut.*, 1890) le cas d'un malade ; qui présenta six récidives consécutives de gommes palatines dans l'espace de deux ans, et qui perdit tout son voile.

Un malade dont nous rapportons l'histoire (obs. 48) eut, de 1884 à 1890, six poussées de gommes du voile du palais et du pharynx ; qui

déterminèrent de vastes destructions. Au cours d'une de ces récidives des accidents douloureux ; rappelant ceux du mal de Pott sous-occipital ; nécessitèrent par deux fois l'application d'une minerve. Au bout de quelque temps, le malade expulsa des fragments d'os nécrosé provenant d'une vertèbre cervicale. — Dans l'observation 51, nous voyons des gommès frapper par 4 fois le pharynx, etc., etc...

La gorge a également, comme les organes génitaux, le triste privilège d'être affectée par le phagédénisme tertiaire récidivant in situ ; telle cette malade de M. Fournier, soignée à Lourcine, 5 fois de suite en quatre années, pour des accidents formidables ; qui détruisirent tout l'isthme guttural, le palais, le pharynx, etc... La cicatrice, qui succéda à ces ulcérations multiples et plusieurs fois répétées, réalisa d'une part une symphyse palato-pharyngée, et d'autre part réduisit l'isthme guttural à des proportions plus qu'exiguës. Bientôt la rétraction inodulaire diminua encore le calibre de l'orifice guttural, à ce point que l'index ne pouvait plus y pénétrer. La déglutition à ce moment devint extraordinairement laborieuse, difficile, insuffisante. Puis la respiration se troubla, des accès de suffocation se produisirent, des phénomènes généraux alarmants (pâleur, amaigrissement, perte de forces, etc.) se manifestèrent.

On dut recourir à une opération chirurgicale.

A la fin de ce chapitre quelques remarques s'imposent :

1° Les récidives de cette région sont très communes.

2° Leur fréquence varie suivant le siège et suivant la période : ainsi, tandis que la langue est un des organes les plus fréquemment attaqués par la syphilis à toutes les étapes de son évolution, nous avons vu que le tertiariisme respecte sa face inférieure. Les accidents secondaires sous toutes leurs formes ne franchissent jamais les limites des piliers postérieurs ; les plaques muqueuses sont exceptionnelles sur le pharynx ; les lésions tertiaires, par contre, y sont communes. Inversement, aux amygdales, rareté des accidents gommeux, fréquence des manifestations érosives ou papulo-érosives tant que le malade n'a pas doublé le cap des premières années de l'infection.

3° La conclusion, qui découle de ces faits purement cliniques, est donc qu'une première atteinte de la syphilis ne semble pas créer ici un *locus minoris resistentiæ* pour les accidents ultérieurs ; sinon

(puisqu'il n'est pour ainsi dire pas de cas où les plaques muqueuses fassent défaut sur les amygdales), presque tous les syphilitiques auraient des gommes amygdaliennes, et cependant Natier dans sa monographie (1891) n'a pu en réunir qu'une trentaine de cas.

Ajoutons toutefois cette restriction : que l'atteinte portée une première fois dans une région ; si elle est nulle en passant de la période secondaire à la période tertiaire ; a peut-être quelque influence sur les lésions d'une même période. Mais quelle est cette influence ? c'est ce que nous ignorons.

A d'autres régions aussi, est dévolu ce caractère de ne pas être sujettes ordinairement aux accidents secondaires et aux accidents tertiaires : à la paume de la main, les syphilides psoriasiformes sont des plus communes, les gommes y sont presque inconnues ; les syphilides serpigneuses, les syphilides mutilantes frappent le visage avec une prédilection étonnante, la roséole au contraire y est presque exceptionnelle. Dans les formes excessives et chez des sujets alcooliques seulement la face est envahie par l'érythème secondaire.

4° Quelque graves que soient déjà par elles-mêmes les récides des accidents syphilitiques de la bouche, là ne semble pas se borner leur rôle.

Ces funestes conséquences sont malheureusement trop fréquentes pour que nous les passions sous silence, bien qu'elles ne se rattachent qu'indirectement à notre sujet. « La vérole, a dit Gueneau de Mussy, est un fumier où végètent de préférence toutes les pourritures. »

Par ses atteintes successives, la syphilis buccale expose encore au cancer ; terrible éventualité, qui peut surgir d'un moment à l'autre

« L'opinion presque unanime des différents auteurs, dit Ozenne (thèse 1883 84) se résume en ceci : lorsque le cancer apparaît chez un sujet infecté par la syphilis, il n'est pas rare de constater qu'il se montre dans les points où celle-ci a porté son atteinte. Aussi, à côté des irritations mécaniques ; dont l'influence sur la production du cancer, a été mise en relief par les professeurs Broca, Virchow, Billroth ; il faut placer les irritations ; et parmi celles-ci, les manifestations prolongées de la syphilis buccale. En un mot, cet état morbide crée des loci minoris resistentiæ, sur lesquels la diathèse cancéreuse latente

aura, un jour ou l'autre, d'autant plus de chances de se localiser. Dès lors, quoi d'étonnant de voir un peu plus fréquemment qu'ailleurs le cancer de la cavité buccale chez les syphilitiques. »

La région n'est-elle pas un siège de prédilection des accidents secondaires et tertiaires, prolongés, répétés, récidivants in situ, dirons-nous, joignant les souvenirs que nous avons conservés de quelques malades du service de M. Fournier, à plusieurs observations de la thèse d'Ozenne, où ces récidives buccales sont bien notées (obs. 1, 3, 12, 13, 20, 22, 34). Le cancer apparaît ; soit après une période de latence des manifestations syphilitiques plus ou moins longue ; soit en même temps que celles-ci. Il se développe sur le lieu même où elles avaient siégé. En outre, il se produirait des foyers épithéliomateux multiples, ce qui n'est pas habituel. Bien que la syphilis semble modifier l'aspect et quelques-uns des caractères de l'épithélioma de la bouche, « le pronostic est malheureusement toujours celui du néoplasme et dans ce duo morbide le dernier mot reste toujours au cancer » (Verneuil).

§ 1. — RÉCIDIVES DES ACCIDENTS PALMAIRES ET PLANTAIRES

Il est digne de remarque, que la syphilis se manifeste sous la même forme aux pieds et surtout aux mains. Les gommès y sont infiniment rares, absolument exceptionnelles, et encore, lorsqu'elles s'y observent, se montrent-elles surtout aux doigts. Du reste, le panaris syphilitique de Nélaton, l'ostéomyélite gommeuse du doigt de Bergh, la phalangite syphilitique de Lewin, n'est pas une affection commune. Toutefois, dans une observation de Nélaton, le médius était devenu gros et douloureux. La résolution fut d'abord obtenue, mais une rechute eut lieu. Guérison apparente comme la première fois. Enfin, après la deuxième récidive, le médius était plus volumineux qu'à l'état normal : il avait un centimètre de plus que son congénère du côté opposé. L'hypertrophie portait principalement sur la 1^{re} phalange, un peu moins sur la 2^e, et presque pas sur la 3^e. Les téguments avaient une teinte violacée, les mouvements étaient gênés, la pression faiblement douloureuse, mais il survenait pendant la nuit des douleurs spontanées. Sur les doigts, la scrofule produit des lésions qui res-

semblent beaucoup à celles de la syphilis : telle l'ostéopériostose strumense de Trélat qui récidive quelquefois. Le diagnostic en est souvent fort difficile.

De même, ce n'est qu'exceptionnellement, dans les éruptions intenses, que la roséole se montre à la face palmaire des mains. Au contraire, les papules spécifiques, soit isolées, soit groupées, soit fusionnées et disposées en cercle, sont fréquentes aux pieds et aux mains. Elles résument à elles seules presque toute la syphiligraphie de ces régions ; se montrent aussi bien à une période précoce que longtemps après l'accident primitif (3^e, 4^e, 5^e, 10^e année et plus), comme les plaques lisses de la langue, avec lesquelles elles coexistent assez fréquemment, pour que de nombreux observateurs aient remarqué cette affinité non expliquée (obs. 16). Nous voyons ces accidents se manifester pendant 10 et 12 années de suite, et cela en dépit du traitement spécifique, dans les observations 78 et 77. Remarquons cette coïncidence dans l'une d'elles : il s'agit d'un médecin qui contracta un chancre du doigt.

Contrairement aux autres manifestations spécifiques, celles-ci sont souvent accompagnées de chaleur et de prurit (E. Besnier) (obs. 16). Elles sont garnies de squames épaisses, dures, graisseuses à la périphérie, après un certain temps de leur évolution. Ces amas squameux sont traversés de fissures, de crevasses et de rhagades profondes, douloureuses au niveau des plis de la peau.

Rebelles, tenaces, sujettes à récidives parfois, en dépit des traitements les plus actifs, les syphilides palmaires survivent à la maladie éteinte depuis longtemps partout ailleurs (obs. 77).

« Lorsque la lésion palmaire, dit le professeur Fournier, se manifeste comme une expression tardive d'une syphilis incomplètement traitée à son début, elle est généralement bien plus rebelle que dans les conditions normales d'apparition à une époque moyenne de la période secondaire. On la voit alors résister au traitement avec une opiniâtreté singulière, ou bien ne guérir que pour récidiver plusieurs fois de suite d'une façon parfois désespérante » (obs. 18).

Dans certains cas, la cause de ces récidives est due à la profession. Bien que ces accidents soient fréquemment symétriques (obs. 20), on les trouve souvent plus développés, plus tenaces, et plus récidivants à droite qu'à gauche (obs. 18). Souvent aussi leur raison d'être est une véritable énigme.

Selon Unna, la forme grave de la syphilide psoriasiforme du creux de la main est un mélange d'eczéma séborrhéique et de syphilide papuleuse. C'est à la coexistence de ces deux processus que cette syphilide devrait sa grande tendance aux récidives, sa résistance à la médication spécifique seule et la nécessité d'un traitement local approprié.

Le malade de l'observation 17 nous semble entrer dans ce cas ; c'est un herpétique sujet aux poussées eczémateuses ; chez lui les lésions palmaires ont pris à un moment l'aspect des arthritides, si bien que l'on se demandait s'il s'agissait bien de syphilides. Chez ce malade le mercure et l'iodure avaient été administrés sous toutes les formes.

A la paume des mains et à la plante des pieds l'eczéma séborrhéique de Unna se manifeste sous la forme de petits amas squameux analogues à du psoriasis guttata variant du volume d'un pois à celui d'une cerise et correspondant à des glandes sudoripares isolées. Lorsque la guérison, qui est fort lente, se produit, la couche cornée se desquame sur une grande étendue et les surfaces palmaires et plantaires ressemblent à des surfaces géographiques. Jamais en ces points il n'y a d'humidité.

Communément le psoriasis, maladie récidivante, respecte non seulement les faces palmaire et plantaire des extrémités, mais encore la main et le pied en entier. « Dans beaucoup de cas, disent E. Besnier et A. Doyon, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radio carpienne isole les extrémités (de la partie malade), comme si celle-ci avait été trempée dans un liquide préservateur. Cette disposition est manifeste alors même que, comme cela est l'ordinaire, quelques points ou quelques gouttes s'éparpillent sur le dos de la main ou des phalanges, ou s'échappent vers le bord interne du pied, en avant de la malléole interne. Dans les cas mêmes où il est limité à la paume des mains et à la plante des pieds, sa bordure rouge se retrouve courant sur la ligne de séparation des faces dorsale et palmaire ou plantaire, tandis que les syphilides psoriasiformes circonscrites forment une lésion rubanée à bordure blanche périphérique due à la brisure épidermique. »

Quant aux syphilides tertiaires de la paume des mains et de la plante des pieds, elles sont peut-être plus circonscrites que le psoriasis ; elles laissent voir plus nettement les éléments tuberculeux constitutifs qui

ça et là sont isolés ; les squames s'effritent moins facilement par le raclage ; la bordure fort nette à l'extrême bord va en s'affaissant vers le centre. Enfin elles sont souvent unilatérales, tandis que le psoriasis palmaire est presque toujours symétrique.

Les conditions anatomiques spéciales des régions palmaires et plantaires donnent à des affections complètement différentes de nature une sorte d'uniformité objective qui rend le diagnostic souvent très difficile. L'eczéma séborrhéique, les dermites professionnelles eczématiformes, le psoriasis, les kératodermies sont autant d'affections qui peuvent simuler la syphilis ; aussi, souvent faut-il recourir, pour arriver au diagnostic, à des signes indirects, à l'élimination méthodique par des examens répétés et quelquefois au traitement d'épreuve, pour distinguer des affections qui présentent les mêmes similitudes et par conséquent les mêmes causes d'erreur.

§ 2. — RÉCIDIVES DES MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES DE LA FACE

Si nous exceptons certaines syphilides papulo et érythémato-squameuses (obs. 73, 74, 76), certaines syphilides papuleuses circinées, éruptions d'une maladie déjà ancienne, se montrant et persistant au pourtour de la bouche avec leur aspect séborrhéique, la face est relativement respectée par les lésions secondaires.

Toutefois il faut encore faire exception pour ce masque éruptif qui recouvre le pourtour du nez et de la bouche, envahit le menton, mais respecte les joues et le front des nouveau-nés syphilitiques. Le siège de cet exanthème d'un rose jaunâtre, légèrement squameux sur ses bords, parsemé ça et là de quelques éléments papuleux plus foncés et d'érosions au niveau des orifices muqueux est, d'après le professeur Fournier, un signe révélateur de la syphilis.

Chez l'adulte, ce n'est que dans certains cas de syphilis intenses que la face est envahie par les éruptions secondaires. Il s'agit alors le plus souvent d'une syphilis fouettée par l'alcool ou quelque autre cause déprimante. Même dans ces cas, les récidives sont assez rares.

Mais cette immunité qui n'est déjà pas absolue pour les accidents de la période virulente, la face ne la conserve pas lors de l'éclosion des accidents tertiaires : leurs récidives sont communes dans cette

région où la syphilis semble acquérir un degré de concentration plus énergique et plus destructeur que partout ailleurs, sans qu'il soit possible souvent de découvrir en d'autres points du corps aucune autre lésion,

Le nez par dessus tout, le front, les lèvres sont les sièges de prédilection (obs. 39, 40, 41, 45, 49, 50, 55, etc., etc.). Les lésions tertiaires de la face peuvent être primitives, s'y développer d'emblée ou bien elles sont consécutives à des lésions de voisinage (bouche, pharynx, fosses nasales, cuir chevelu) dont elles ne sont que l'extension (syphilides serpigneuses, phagédéniques).

Parmi les affections primitives, il en est une qui semble spéciale au nez. Elle a été bien étudiée par Horand (de Lyon) sous le nom de syphilide acnéique du nez (*Ann. de dermat.*, juillet 1885). Cette éruption, différente des syphilides acnéiformes disséminées de la période secondaire, est une lésion tardive et circonscrite. Elle a quelque ressemblance avec les syphilides tuberculeuses, mais doit en être distinguée. Elle consiste essentiellement en papulo-pustules proprement dites, n'affectant aucune disposition spéciale. Bien qu'elle soit une manifestation tardive, elle est superficielle et ne laisse que des cicatrices peu marquées malgré sa longue durée. Elle se développe indépendamment des lésions de la muqueuse nasale (obs. 38).

Les syphilides tuberculeuses au contraire sont constituées par des nodosités dures, lisses, luisantes, squameuses, enchâssées dans le derme et en émanant. Elles se groupent en anneaux, segments de cercles, croissants. Elles ne deviennent acnéiformes que par le ramollissement de leur centre, et dans l'espace de quelque temps elles déterminent, malgré leur apparente bénignité, une trouée dans l'aile du nez, l'échancrent, la perforent ; elles s'accompagnent souvent de lésions de la muqueuse nasale avec ozène et destruction osseuse.

Ces deux expressions de la syphilis tertiaire qui ont pour le nez les mêmes affinités sont également sujettes aux récidives in situ. Toutefois les syphilides acnéiques attaquent plutôt un autre endroit du nez du même côté ou du côté opposé. Aussi, en même temps que des lésions en pleine évolution et près d'elles, trouve-t-on souvent des cicatrices anciennes. Ces deux sortes de manifestations s'observent surtout chez des syphilitiques alcooliques (obs. 39) et insuffisamment traités.

Chez des individus alcooliques aussi, on voit se répéter sur le nez des poussées d'acné rosée. Ses éléments forment parfois de véritables placards indurés présentant la plus grande analogie avec les syphilides tuberculeuses en nappe. Mais les lésions acnéiques ne se bornent pas au nez. De plus, quand celui-ci est pris, il l'est symétriquement.

On y trouve des télangiectasies qui doivent faire rejeter le diagnostic de syphilis. Cependant, disent E. Besnier et Doyon, chez les sujets alcooliques ou même chez quelques syphilitiques atteints de déshydratation dyscrasique, polyurie, glycosurie, la syphilide tuberculeuse du centre de la face défie tout diagnostic objectif et ne peut être décelée sérieusement que par l'épreuve thérapeutique.

C'est encore à la face qu'on voit si souvent se développer sur d'anciennes cicatrices spécifiques les récides de ces placards ulcéro-gommeux qui constituent la syphilis mutilante (obs. 45). Aux endroits déjà cicatrisés réapparaît un nodule d'infiltration qui devient un centre d'irradiation. De là vont partir les nouvelles lésions serpiginieuses à marche envahissante qui labourent le visage en zigzag. Là vont se creuser de nouvelles ulcérations térébrantes, origines de ces difformités hideuses, irrémédiables, et non dissimulables qui condamnent leurs malheureuses victimes à une claustration continuelle.

Graves déjà par leur siège et leurs cicatrices indélébiles, ces récides comportent un pronostic d'autant plus sérieux qu'elles peuvent envahir les muqueuses voisines (buccale, nasale, palpébrale) et devenir l'origine d'accidents féconds en péripéties de toutes sortes.

Le traitement spécifique est souvent incapable à lui seul de remédier aux troubles fonctionnels qui en résultent et aux déformations considérables qu'elles entraînent. Aussi la chirurgie est-elle appelée à intervenir pour pallier à ces dégâts.

Le lupus de la face met en général beaucoup plus de temps pour atteindre les mêmes dimensions que la syphilis. Il débute en général dans l'enfance ; la syphilis est plutôt maladie de l'âge adulte ; mais dans certaines syphilis héréditaires, le diagnostic est très difficile. Le lupus a une tendance très grande à repulluler aux endroits déjà cicatrisés. Dans la syphilis la récive est plus rare aux endroits déjà guéris ; ce qui prédomine, c'est surtout la tendance à l'accroissement, à l'extension périphérique. Mais dans certains cas le tubercule lupo-

et la syphilis tuberculeuse se côtoient à ce point que la différenciation objective en est fort difficile.

Dans le lupus tuberculo-gommeux serpigineux, en nappe, la lividité, l'indolence, l'irrégularité des ulcérations, la mollesse du fond et des bords joints aux résultats de l'enquête faite sur le corps entier, et réunis aux conclusions de l'analyse clinique, permettent d'ordinaire d'établir rapidement le diagnostic malgré l'aspect souvent syphiloïde au plus haut degré. Mais il faut savoir qu'une grande variété existe dans les caractères des bordures qui sont souvent épaissies, élevées, larges de plusieurs centimètres, polycycliques, festonnées (E. Besnier).

En présence de certains lupus ulcérés, si aux signes objectifs de l'ulcération on ne peut ajouter les caractères tirés de la marche, de l'évolution, le diagnostic devient hésitant et la difficulté atteint son apogée en présence de certains lupus phagédéniques qui sous l'influence de causes encore inconnues (peut-être d'associations microbiennes) prennent l'allure des syphilides galopantes. C'est au traitement d'épreuve qu'il faut demander la solution.

§ 3. — MYOPATHIES SYPHILITIQUES RÉCIDIVANTES

Les douleurs musculaires, les myosalgies, plus fréquentes et plus marquées chez la femme, se montrent souvent avec des exacerbations nocturnes comme les douleurs qui relèvent de la vérole. Elles accompagnent assez souvent les arthralgies.

Quant à la contracture syphilitique du biceps, elle a une longue durée ; elle persiste des mois et même des années et peut guérir spontanément ; elle cesse peu à peu après des intermittences d'atténuation et de rechute. Le traitement spécifique en a rapidement raison.

Les gommès musculaires, ainsi que l'a bien fait remarquer Bouisson (de Montpellier), affectent la langue avec une prédilection marquée et s'y montrent de préférence à la face dorsale où elles viennent s'ouvrir et s'ulcérer. Nous avons eu l'occasion de nous occuper de leurs récidives en traitant des manifestations buccales (obs. 37).

§ 4. — AFFECTIONS ARTICULAIRES SYPHILITIQUES RÉCIDIVANTES

Les arthralgies du début de la période secondaire sont bien connues par leurs intermittences ; elles se montrent le matin au réveil, s'accroissent au repos et disparaissent par l'exercice. Toutefois une marche prolongée, une fatigue exagérée aggravent aussi la douleur. La médication spécifique en vient vite à bout.

Le pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire présente, comme le rhumatisme vrai, des recrudescences et des récidives qui cèdent facilement au traitement mercuriel. De plus, il évolue d'une façon moins aiguë que le rhumatisme vrai ; il se localise de préférence aux grandes articulations ; il est moins mobile, présente ces paroxysmes nocturnes significatifs. Quand il s'accompagne de fièvre, celle-ci est plus marquée le soir, mais n'atteint jamais l'intensité de celle des rhumatismes ; enfin l'absence de complications viscérales (plèvre, cœur, péricarde) sera encore un bon signe différentiel, lorsque l'affection se montre en l'absence de toute autre manifestation spécifique. Chez tout individu souffrant des articulations, il faut aussi chercher la chaudepisse ; mais le rhumatisme blennorrhagique a une marche beaucoup plus longue ; il est aussi d'un pronostic beaucoup plus grave. Besle (thèse de 1888) reconnaît que le rhumatisme blennorrhagique peut atteindre toutes les articulations, qu'il a de la tendance aux récidives et à la chronicité.

Dans une thèse inspirée par M. Morel-Lavallée (1891), E. de Amaral dit que, dans les cas graves qu'il étudie, les récidives se sont montrées avec une inflexible constance à chaque nouvelle blennorrhagie. Elles ont été de plus en plus longues, de plus en plus graves, permettant chaque fois de prédire l'arrivée d'un moment où la maladie passerait à l'état chronique. A ce stade chaque nouvelle poussée arthropathique ne constituerait plus que des recrudescences

° S'il y a coexistence de blennorrhagie et de syphilis, on conçoit que ce diagnostic puisse être parfois des moins aisés. Dans ce cas, on doit recourir au traitement mercuriel, cette médication pouvant assurer la guérison d'accidents imputables à la chaudepisse. M. Morel-Lavallée a observé deux cas de rhumatisme blennorrhagique guéris sous

l'influence de pilules de protoiodure de mercure administrées pour combattre la diathèse syphilitique existant antérieurement chez ces sujets (*Comm. Société de derm.*, avril 1891).

« Dans l'observation 1, le malade avait vu se développer, à l'occasion d'une chaudière, des arthropathies à tendance plastique concurremment avec des exostoses diaphysaires. Ces lésions, très améliorées par le traitement usuel et la cure d'Aix en Savoie, ne guérissent complètement qu'un an plus tard, lors d'une série méthodiquement reprise du traitement antisyphilitique mercuriel.

Le second avait, à la suite d'une dixième blennorrhagie, été repris d'une polyarthrite déformante progressive pseudo-nerveuse avec atrophie musculaire et déformation des mains et des pieds simulant le « rhumatisme goutteux déformant ».

Toutes ces lésions, qui avaient résisté au traitement classique, rétrocédèrent en six semaines avec l'administration de 10 centigr. de protoiodure de mercure par jour (atrophie musculaire comprise), alors qu'un aussi heureux résultat n'avait jamais été obtenu qu'en 6 ou 8 mois avec le traitement classique (repos, révulsifs, bains, électricité), lors de la crise blenno-rhumatismale précédente.

« M. Morel-Lavallée se demande s'il s'est agi de simples coïncidences, ou, dans le cas contraire, si le rhumatisme blennorrhagique ou certaines de ses formes demanderaient pour se développer des terrains syphilitiques ou la coopération du virus syphilitique, ou bien encore si le mercure exercerait là une action antiseptique spécifique. Dans tous les cas, il y a là une voie nouvelle ouverte aux recherches par la publication de ces deux faits curieux observés à la fois par MM. A. Fournier et Morel-Lavallée. »

L'hydarthrose syphilitique siège surtout au genou, son développement est lent, torpide. L'épanchement disparaît rapidement sous l'influence du traitement et reparait de façon à constituer une hydarthrose intermittente. « Les retours de l'affection sont encore plus fréquents et plus persistants lorsque l'hydarthrose a diminué ou disparu spontanément, sa nature ayant été méconnue ; on peut alors assister à la production d'alternatives d'augmentation ou de diminution de l'épanchement, d'où il peut résulter un épaississement de plus en plus marqué de la synoviale » (*Defontaine, thèse Paris, 1883*).

A la période tertiaire dans l'infiltration gommeuse de la synoviale,

l'épanchement est le plus évident, celui qui frappe le plus le malade il atteint quelquefois d'énormes proportions qui peuvent diminuer et se produire avec un caractère d'intermittence qui n'est pas sans valeur diagnostique (Richet). Il est de règle, pour Hutchinson, que les gommes périsynoviales évoluent du côté de la peau, mais elles peuvent aussi s'ouvrir dans l'articulation. La marche y est chronique et les rechutes fréquentes après une période de guérison apparente (*British medical Journal*, 16 avril 1892).

Diday dit également : « Trois traits, cliniquement, distinguent l'hydarthrose tertiaire : la mollesse plutôt que la fluidité du contenu articulaire à cause de l'épaississement des plaques de sclérose de la membrane, la marche moins aiguë du mal, enfin ses fréquentes cessations et récidives ». Nous rapportons ci-dessous une observation de Rasch. Une hydarthrose tertiaire, accompagnée de plaques indurées de la capsule et par deux fois d'arthrophytes, malgré son intermittence, est méconnue comme syphilitique chez une femme de 29 ans atteinte de syphilis héréditaire tardive. Par deux fois, le corps étranger du genou est enlevé par voie opératoire :

OBSERVATION publiée par G. RASCH, de Copenhague. (*Annales de dermatologie et de syphilis*, août et septembre 1891.) — *Syphilis dès l'enfance (syphilis héréditaire tardive). Arthrite chronique des deux genoux. Corps libres du genou droit (récidive). Surdité d'origine labyrinthique. Otite interne double. Destruction de la cloison du nez avec effondrement du nez. Malformations dentaires considérables. Autrefois hémichorée du côté droit et des irido-kératites répétées des deux côtés.*

Albertine S..., 29 ans, célibataire, traitée à l'hôpital du roi Frédéric, dans le service du chirurgien M. Plum, du 2 au 27 mars 1887. Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements certains de syphilis chez les parents.

Le père vit encore et serait bien portant. La mère est morte il y a plusieurs années, relativement jeune, après avoir été faible pendant plusieurs années. Elle souffrait surtout de douleurs névralgiques persistantes    différents endroits du corps. La malade, qui était fille unique et qui a été élevée au sein de la mère, aurait eu, d'après le dire de la mère, une obstruction du nez et une éruption sur la tête à l'âge de quelques mois seulement. Elle aurait plus tard été bien portante, quoique toujours un peu faible, jusqu'à l'âge de 9 ans. A peu près à cette époque, le nez commençait à s'affaiblir. Déjà elle avait eu pendant longtemps un écoulement fétide et purulent par le nez. A peu près en même temps elle souffrait de kératites qui ont récidivé plusieurs fois plus tard et deux fois elle aurait

été atteinte de cécité complète. A l'âge de 12 ans, elle fut presque subitement sourde de l'oreille droite sans que jamais il y eût d'écoulement de ce côté. Plus tard elle devenait aussi sourde de l'oreille gauche, mais sans écoulement. A l'âge de 14 ans, elle souffrait pendant six mois d'une hémichorée du côté droit. Les 2 genoux ont été faibles autant qu'elle se le rappelle. Elle tomba légèrement et les contusionna plusieurs fois. Dans sa 13^e année elle était alitée une fois pendant 6 semaines, une autre fois pendant 8 semaines pour une hydarthrose du genou droit. Depuis cette époque, ce genou a de temps en temps présenté des épanchements d'un caractère intermittent. Le gauche était en même temps atteint et offrait les mêmes symptômes, quoique à un moindre degré.

Du 27 novembre au 4 avril 1879, elle a été traitée dans un autre hôpital pour un corps étranger du genou droit. De l'observation de ce moment on voit qu'elle a eu de temps en temps la sensation d'un corps qui descendait subitement dans le genou, mais elle n'a jamais eu de douleurs vives. Dans le genou droit il y avait un léger épanchement et un épaissement de la capsule. Sur le côté interne de la rotule, on sentait un corps allongé, inégal, de la grosseur d'une noisette. La rotule est très mobile; tous les mouvements sont libres, pas de sensibilité, pas de douleurs. Dans le genou gauche un état semblable, mais moins prononcé. En même temps on trouvait aux 2 yeux des restes de vieilles kérato-iritis, un affaissement du nez et une destruction de la cloison et de l'ozène. Immobilisation du genou; douches nasales.

2 décembre. Pas d'augmentation sensible du genou malade (le droit); la rotule donne une légère sensation de frottement quand on lui imprime des mouvements sur les condyles. Le corps étranger peut être fixé aujourd'hui dans la partie interne et supérieure de l'articulation. Sur le côté interne de la rotule on sent un faible épaissement de la capsule en forme de corde.

Le 18. Excision du corps étranger qui était de consistance cartilagineuse et de la grosseur d'une noisette lombarde. A l'examen microscopique, le corps libre se trouve formé d'un noyau bigarré de cartilage fibreux et de substance osseuse, sans trace de pédicule.

14 janvier. La plaie est réunie par première intention.

Le 18. Nouvelle kératite de l'œil droit. 1^{er} février, le genou droit est un peu enflé (il y avait un centimètre de différence en sa faveur); massage.

18 mars. L'épanchement du genou droit se maintient sans changement malgré le massage qui a été continué pendant 15 jours et un bandage avec lequel elle a marché.

10 avril. Toujours un épanchement moyen du genou; bande élastique de Marsin.

Le 29. L'épanchement a disparu; la malade est sortie.

Du 25 janvier au 16 avril 1880, elle a été traitée au même hôpital pour un ozène et pour une carie des os du nez (avec de l'iodure de potassium);

pendant ce séjour on ne mentionne pas l'état des genoux. Elle avait en même temps une kérato-conjonctivite aiguë de l'œil gauche.

De 1880 à 1888 l'état des genoux est resté à peu près stationnaire. Sentant de nouveau un corps mobile, la malade rentra le 2 mars 1888 à l'hôpital du roi Frédéric.

L'état des genoux était alors comme avant; il y avait un faible épanchement, les mouvements étaient exempts de douleurs, mais accompagnés de crépitation. La membrane capsulaire était flasque. Au genou droit on constata la présence d'un arthrophyte qui fut enlevé par voie opératoire. Cet arthrophyte, de la grosseur d'une noisette, était fixé par un long pédicule qui fut coupé. Il y avait encore un peu d'épanchement dans la capsule au moment de la sortie de la malade (26 mars).

En mars 1889, il y avait un épanchement assez considérable du genou droit, moindre à gauche (il y avait une différence d'un centimètre). Il y avait des épaississements épars de la capsule qui gardait toujours un état remarquable de flaccidité. Pas de signe de nouvelle formation d'arthrophyte; pas de douleur et pas de sensibilité. Les 2 rotules avaient une mobilité anormale sur les côtés. Il en résultait une gêne de la marche par la tendance à se luxer en dedans. La malade est par conséquent toujours forcée de porter des bandages autour des genoux.

Elle est presque complètement sourde. La perception osseuse est à peu près abolie des deux côtés. L'otoscopie n'offre pas de changement de la membrane du tympan. Encore un peu d'écoulement par le nez. Celui-ci est complètement effondré, la cloison est détruite; malformation dentaire considérable, pas de dents de Hutchinson, mais une forme qui plutôt correspondrait à l'amorphisme de Fournier.

Toutes les incisives sont obliques, plus étroites que normalement, plus épaisses, séparées par des espaces plus ou moins grands.

§ 5. — RÉCIDIVES DE LA SYPHILIS OSSEUSE

La syphilis peut porter son action sur le squelette peu de temps après le chancre, ou bien se montrer à une période avancée. Nous avons étudié ces manifestations hâtives dans un chapitre précédent.

Les affections osseuses tardives, ainsi que le fait remarquer Rollet, se distinguent des périostoses précoces et résolutives qui peuvent se montrer partout sur le squelette, en ce qu'elles sont très sujettes à modifier la texture de l'os et qu'elles se localisent à quelques points.

La cloison et les os propres du nez (obs. 69), la voûte du palais (obs. 68), le tibia (obs. 8) les clavicules (obs. 44) sont par ordre de fréquence les sièges préférés.

Ces manifestations osseuses se montrent avec une prédilection marquée aux régions épiphysaires ou mieux juxta-épiphysaires, preuve de l'influence de l'action vitale sur le développement des lésions syphilitiques ; souvent aussi les exostoses succèdent à des périostoses (obs. 44).

Très fréquentes dans la syphilis héréditaire tardive, elles s'y observent surtout de 6 à 12 ans. Elles étaient autrefois rattachées au rhumatisme, à la scrofule, aux traumatismes.

Elles s'observent, de l'avis général, beaucoup plus souvent dans les syphilis (acquise ou héréditaire) abandonnées à leur évolution naturelle que dans les syphilis soumises au traitement.

Il est positif, dit Rollet, que dans toutes les endémo-épidémies où la maladie a été abandonnée à elle-même, le système osseux et notamment les os du nez et du palais ont été affectés avec autant de fréquence que de gravité.

C'est probablement aussi à l'absence du traitement qu'il faut attribuer, plus qu'à la race ou au climat, la fréquence de la syphilis nasale chez les Arabes et les habitants de l'Amérique du Sud.

Parmi les causes occasionnelles de la syphilis osseuse, on trouve au premier rang les traumatismes. Pour Virchow, la plupart de ces ostéopathies, pour ne pas dire toutes, proviennent de contusions ; c'est ainsi que certaines périostoses et exostoses sont en rapport avec la profession du malade : affections du sternum chez les maîtres d'armes, tuméfaction spécifique des clavicules au point de frottement des courroies, périostoses du cubitus chez les individus qui s'appuient sur le rebord saillant d'une table, etc.

Les lésions tertiaires de la syphilis osseuse récidivent avec une grande facilité, mais aucun ordre apparent ne paraît présider à leur retour pas plus qu'à leur distribution. Souvent aussi ces accidents s'éternisent sur place tant qu'un fragment d'os nécrosé n'est pas éliminé. La syphilis nasale présente de nombreux exemples où l'ozène et la suppuration se prolongent pendant des années en dépit du traitement. Parfois cependant survient une période de calme trompeur, mais ce ne sont là que des pseudo-guérisons et, après une courte rémission, l'affection reprend sa marche chronique.

Les douleurs ostéocopes peuvent se montrer avec leurs paroxysmes nocturnes sans gonflement ni tumeur circonscrite, ni même sensibi-

lité à la pression ; mais le plus souvent ces phénomènes douloureux ne sont que les signes précurseurs des altérations qui vont se manifester. L'iodure de potassium est un remède héroïque contre les douleurs ostéocopes.

Nous empruntons aux leçons de M. Mauriac l'observation suivante (*Syphilis Tertiaire*) :

« Au 2^e mois du chancre, avant l'apparition des accidents secondaires, début d'une affection osseuse de l'extrémité supérieure du cubitus. Traitement très régulier ; cependant au bout de 3 ans, exostose de l'extrémité interne de la clavicule gauche et d'une des côtes droites. Pas de guérison complète. Alternatives de mieux et de plus mal. La maladie périosto-osseuse eut dès le début une marche chronique. Elle a été lente à se développer et à disparaître dans l'olécrâne, puis elle s'y reproduisit. Au bout de 3 ans, l'extrémité interne de la clavicule devint malade ainsi qu'une des côtes. Enfin, à la 5^e année de la syphilis, les lésions osseuses persistaient encore malgré qu'un traitement mixte fût suivi depuis longtemps avec persévérance. »

Plus loin nous rapportons quelques observations de syphilis osseuse récidivant in situ. A la 6^e année d'une syphilis traitée d'une façon prolongée, bien qu'ayant eu 2 enfants sains, un homme fait en 3 ans 10 récidives d'une bosse frontale. Cette exostose disparaît dès qu'on institue le traitement, pour se montrer dès qu'on le cesse ; plus tard, nouvelles récidives. Pas d'autres manifestations (obs. 42).

Chez un autre, même évanouissement d'une exostose et de douleurs horribles sous le traitement, et réapparition dès qu'on cesse la médication (obs. 43).

En dehors du pronostic qui s'attache à toutes les récidives, certaines lésions osseuses revêtent un plus haut caractère de gravité, du fait même de leur localisation. Ainsi, les manifestations osseuses du crâne (obs. 8 et 84), les ostéites naso-crâniennes sont toujours une menace pour le cerveau. Les lésions vertébrales donnent lieu à des troubles de l'innervation qui ont pu faire penser à un début de tabes ou de mal de Pott, comme dans l'observation rapportée par M. Hallopeau. *Société de dermatologie*, 19 juillet 1891).

§ 6. — RÉCIDIVES DES LARYNGITES SYPHILITIQUES

Les causes qui déterminent les manifestations de la syphilis sur le larynx ont une influence plus marquée à la période secondaire qu'à la période tertiaire où il n'est pas rare de les voir survenir spontanément. Le froid a une action très manifeste sur les accidents laryngés syphilitiques. Cette influence des refroidissements sur l'apparition des récidives est importante à connaître; elle empêchera de confondre des affections laryngées dans lesquelles la syphilis joue le rôle principal avec de simples laryngites a frigore. Les fumeurs et les alcooliques seraient prédisposés à ces déterminations, de même que les orateurs et les chanteurs. « Qui ne connaît, dit Diday, la dysphonie interminable des ténors qui, dès la moindre amélioration, veulent recommencer à toucher leurs cachets? »

Le pronostic de la laryngite syphilitique est bénin à la période secondaire. Toutefois la fréquence des récidives, dues surtout à la négligence des malades et à l'insuffisance du traitement, peut amener un changement définitif et irrémédiable dans les tissus du larynx; de là sans doute la gravité pronostique attribuée par quelques auteurs aux laryngites secondaires.

A la période secondaire on observe aussi, mais plus rarement, des éruptions papulo-tuberculeuses (Cusco), des condylomes de la muqueuse analogues aux végétations simples. Souvent tenaces, ils récidivent rapidement après l'ablation et malgré le traitement spécifique. Certains auteurs même contestent leur nature spécifique. Au point de vue histologique leur texture est analogue aux bourgeons charnus.

A la période tertiaire les accidents laryngés surviennent brusquement.

« Mais ces laryngosyphiloses sans phénomènes précurseurs, sans antécédents locaux, disparaissent-elles pour toujours, ou bien une première attaque en implique-t-elle d'autres? Eh bien, dit Mauriac, ici, comme dans beaucoup d'autres organes, quand le tertiarisme s'est emparé du larynx, il ne le lâche pas. Il est donc grandement à craindre que les patients soient condamnés à subir plusieurs atteintes de l'affection, surtout si l'organe vocal est exposé chez eux à l'in-

fluence de ces causes occasionnelles qui favorisent à un si haut degré les déterminations spécifiques. Les récidives sont presque la règle, et malheureusement la médication dite préventive et toutes les pruden-ces de l'hygiène la mieux entendue ne sont pas toujours capables de les prévenir. »

« Mais ces récidives sont à peu près fatales chez le patient dont le larynx est prédisposé à subir les atteintes de la syphilis. Ces bizarres prédispositions régionales, dont nous avons vu tant d'exemples sur la peau, sur les muqueuses sur les diverses pièces du système locomoteur, etc., sont incontestables dans le larynx. Il y a des malades dont la syphilis semble concentrer tout son effort contre cet organe. Il est pris dès la première phase de la période secondaire et, plus tard, il le devient de plus en plus. C'est une marche progressive avec des attaques séparées par des intervalles de plus en plus courts lorsque la syphilis est grave et entre de bonne heure dans la phase tertiaire.....

« Dans ces sortes de laryngo-syphiloses à répétition, la récidive ne se borne pas, en général, à reproduire ce qui avait eu lieu pendant les attaques antérieures. Elle est une étape dans la marche, un degré plus avancé des lésions désorganisatrices, et c'est ce qui fait que la sténose cicatricielle en est presque toujours la conséquence ultime.

« Cette conséquence est moins à redouter dans les laryngo-syphiloses brusques, survenues, on ne sait pourquoi, comme manifestation inattendue, improbable, d'un état constitutionnel qui depuis des années gardait un silence qu'on pouvait prendre pour guérison.

« Les réflexions précédentes s'appliquent à la durée de ces maladies. Plus il y a de récidives et plus les attaques deviennent longues, jusqu'à ce que la continuité s'établisse avec de rares alternatives de mieux et de plus mal. La continuité est définitive, lorsque le processus local s'éteint dans une dégénérescence fibreuse irrémédiable, accompagné d'un degré plus ou moins prononcé de sténose laryngienne. »

« Les terminaisons varient suivant les cas. Dans les laryngo-syphiloses insidieuses, à récidives incessantes, à processus local de plus en plus destructif, les complications graves et instantanées, comme l'œdème de la glotte, ne se montrent pas aussi souvent qu'on serait tenté de le croire, mais la sclérose avec déformation et rétrécisse-

ment de la cavité laryngienne est presque fatale. La cachexie, la mort en sont quelquefois la conséquence. Les terminaisons heureuses, rapides, sans reliquat sont communes dans les gommes et les ulcérations laryngiennes diagnostiquées et traitées à temps. Il y a plus de chance pour qu'elles se produisent dans une première attaque que dans les suivantes.

« Les terminaisons par une guérison complète sont en nombre inverse des récidives. Les laryngoplogies en fournissent plus d'exemples que la laryngo-syphilose scléro-gommeuse. »

Parmi les affections de larynx, il en est une capable de récidiver qui peut être confondue avec la syphilis laryngée tertiaire, c'est le lupus. Les cicatrices que déterminent les gommes sur l'épiglotte et la région sus-glottique présentent le même aspect que les cicatrices lupiques du larynx, mais les nouvelles poussées ne se produisent jamais sur les cicatrices dans la syphilis, ce qui arrive dans le lupus. Ce signe, indiqué par Chiari et Riehl comme pathognomonique, est excellent quand on peut le constater, sinon dans les cas difficiles on aura recours au traitement spécifique pour éclairer le diagnostic. Son intervention rapide est d'autant plus indiquée que les lésions tertiaires du larynx sont susceptibles de provoquer un œdème de la glotte redoutable; — et qu'elles coïncident souvent avec des sténoses du conduit trachéo-bronchique.

En dehors de ces accidents graves le pronostic des laryngopathies tertiaires est encore assombri par la tuberculose pulmonaire à laquelle elles prédisposent. Dans les cas qui paraissent les plus bénins la possibilité des récidives ne doit jamais être négligée dans le pronostic. « Ces récidives sont quelquefois remarquables par leur fréquence et leur gravité. En voici un exemple frappant rapporté par le Dr Thorton :

Chancre en 1867, chez un homme de 67 ans. Au bout de 2 ans, rupia et laryngopathie avec dyspnée progressive qui exigea la trachéotomie en 1871. Guérison en 15 jours. Nouvelle attaque de laryngo-syphilose et trachéotomie en 1874. 3^e trachéotomie en juin 1875; 4^e en juillet de la même année. Cette fois, il fallut recourir à la scie pour diviser les cartilages ossifiés. Guérison, mais avec sténose trachéale » (*The medical Examiner*, 22 sept. 1877).

A ces désordres, il faut encore joindre des foyers de suppuration ou

de gangrène à l'intérieur du canal aérien ou dans son voisinage, lorsque les cartilages du larynx sont nécrosés. Ces complications sont d'autant plus communes et plus graves que la lésion spécifique originale est plus rapprochée de l'orifice supérieur du larynx.

A côté des laryngites, nous devons signaler la syphilis pulmonaire, affection dont le pronostic est toujours sérieux, d'autant plus qu'après la guérison il persiste une tendance à la récurrence.

§ 7. — RÉCIDIVES D'ÉPIDIDYME ET DE SARCOCELE

La syphilis de l'épididyme et du testicule est une manifestation précoce et relativement assez fréquente. Elle évolue ordinairement à l'état latent, aphlegmasique ; d'autres fois elle prend une forme aiguë comme dans la blennorrhagie. Quel que soit le type qu'elle affecte, elle peut récidiver.

Dans un cas rapporté par M. Pascalis l'inflammation spécifique de l'épididyme se montra une deuxième fois à l'état aigu, deux mois après la première atteinte.

Dron regardait comme grave ou comme devant devenir grave la syphilis dont dépendait l'épididymite. C'est là une opinion qui n'a plus cours aujourd'hui. « L'épididymite syphilitique, dit Diday, suit dans sa demi-résolution et dans ses exacerbations les oscillations d'effacements et de retours des syphilides contemporaines. »

Loin de dominer la scène pathologique, dit également Mauriac, elle subit l'influence des poussées qui se produisent en même temps qu'elle. M. Tanturri a vu dans un cas l'épididyme augmenter de volume au niveau de la tête et devenir douloureux à chaque récurrence aggravante. Enfin pendant la dernière poussée, alors que la peau se gonflait de produits gommeux, on vit se dessiner une tuméfaction distincte au centre de l'épididyme, puis des symptômes de ramollissement survinrent et ils furent suivis bientôt d'une propagation diffuse au testicule et à la vaginale. Ce dernier fait n'est pas ordinaire, l'inverse aurait plutôt lieu, c'est-à-dire que le syphilome du testicule présente une plus grande tendance à l'expansion périphérique.

Le sarcocèle est une affection qui récidive aussi facilement qu'elle cède au traitement. Étant donnée l'indolence habituelle de l'affection,

on est même en droit de supposer, qu'elle a passé plus d'une fois inaperçue et qu'une récidive a été regardée comme une première atteinte. Diday (*Pratique des maladies vénériennes*) cite le cas d'un homme de 40 ans chez qui la maladie s'est reproduite trois fois, quoiqu'il eût subi chaque fois aussi un traitement mixte poussé au point d'amener de la stomatite mercurielle. Il est donc indiqué; ajoute le syphiligraphe lyonnais, une fois le premier coup porté, une fois la tumeur réduite de volume; de procéder par une médication modérée et prolongée, plutôt que de prétendre en *finir* par de hautes doses qui ne *finissent rien*.

Parfois le sarcocèle débute comme une véritable orchite blennorrhagique. Mais ces phénomènes inflammatoires ne sont souvent que passagers, éphémères. Toutefois, les deux testicules étant pris l'un après l'autre, il peut se produire dans les deux glandes des exacerbations aiguës avec poussées fréquentes. « Il en résulte, dit Mauriac, que l'affection, tout en conservant pendant des mois un fond de chronicité qui ne change pas, se présente de temps en temps, et, cela sans aucun prétexte, avec une physionomie d'orchite aiguë. Mauriac rapporte un exemple très complet de ce mélange de deux processus et de deux modalités symptomatiques. « L'acuité transitoire du début, l'acuité récidivante comme celle-là, ne sont pas une garantie que l'affection n'aura qu'une courte durée. C'est un élément qui s'ajoute à la chronicité sans modifier son processus, soit comme durée, soit comme tendance; c'est-à-dire, que l'affection dure aussi longtemps que si elle avait été aphlegmasique et indolente, et qu'elle n'aboutit pas plus qu'une autre à la dégénérescence gommeuse. »

Une première atteinte ne constitue pas un élément de réelle gravité, car le traitement agit merveilleusement sur le sarcocèle syphilitique (obs. 79). Mais la lésion peut constituer une prédisposition à des récidives locales. Celles-ci dans un avenir plus ou moins proche peuvent aboutir à une sclérose totale de l'organe, à l'atrophie testiculaire, au haricocèle de Ricord, anatomo-pathologiquement; et, comme les 2 testicules sont souvent pris, à la diminution de l'activité sexuelle, puis à l'infécondité, enfin à l'impuissance, physiologiquement: déterminant ainsi ce que Fournier appelle une « castration sous-albuginée ».

La syphilis s'attaque de préférence aux organes qui ont une tare quelle qu'elle soit, comme l'ont démontré les travaux de Verneuil et de H. Petit. Ricord et Fournier reconnaissent l'influence des excès vé-

nériens, le surmenage de la glande spermatique, « les poussées érotiques immodérées ». Tédénat à son tour insiste sur l'importance des excès fonctionnels et répète le mot de Valette : « Si les syphilitiques hommes de cabinet meurent de tumeur cérébrale, les vérolés entachés du vice de paillardise sont très menacés de syphilomes testiculaires ». Les coups, les chutes, les violences extérieures peuvent en être l'occasion. Contrairement à l'opinion de Hélot, la plupart des syphiligraphes font une large part à l'influence des inflammations antérieures de la glande et notamment à l'orchi-épididymite blennorrhagique. Comme pour la tuberculose génito-urinaire la blennorrhagie sert ici de pierre de touche.

§ 8. — RÉCIDIVES DES AFFECTIONS OCULAIRES SYPHILITQUES

Dans la syphilis héréditaire, on peut observer la kératite interstitielle. Cette affection, dont la marche est extrêmement lente, dure de 6 à 10 mois.

Elle débute d'une façon lente et insidieuse, sans réaction locale ou générale, par une légère opacité grisâtre située à la partie inférieure et interne de la cornée (Panas). Dans la plupart des cas la kératite parenchymateuse frappe successivement les 2 yeux, pouvant entraîner une cécité complète momentanée et même prolongée (2 à 9 mois).

Parfois, on voit après plusieurs années réapparaître la kératite : dans l'observation 71 la récurrence se montre après 13 années.

Il est rare qu'après une atteinte, la cornée redevienne complètement transparente ; bien souvent, en effet, cette affection laisse des opacités partielles ou même généralisées, blanches, comme tendineuses et fort gênantes pour la vision. Cet éclaircissement incomplet est surtout à craindre chez les sujets qui ont dépassé la puberté.

Dans une observation que nous avons rapportée plus haut, une malade présenta plusieurs récurrences de kératite et par deux fois elle fut complètement aveugle. Plus tard on pouvait constater les traces que l'affection cornéenne avait laissées, et une nouvelle kératite se déclarait.

Le pronostic de la kératite interstitielle, déjà sérieux par la longue durée de l'affection, par sa résolution le plus souvent incomplète, par ses rechutes répétées, qui peuvent parfois donner lieu à une transfor-

mation tendineuse de la cornée ; est encore aggravé par des complications fréquentes d'iritis, d'irido-choroïdite, de chorio-rétinite.

Les iritis syphilitiques ; de beaucoup plus fréquentes dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire ; sont en général très sujettes aux récidives, même si la maladie primitive n'a pas produit de lésion sur le compte de laquelle on puisse mettre les rechutes. Ainsi, dans l'observation 70 ; après les deux premières atteintes, la pupille n'était déformée par aucune adhérence. Dans l'observation 5 également, une recrudescence survient après une guérison qui semble avoir été exempte de synéchies ; mais il est vrai que chez ce malade, atteint d'une syphilis dénutritive assez intense, on avait dû par deux fois suspendre le traitement spécifique en présence d'une gingivite menaçante.

Les synéchies partielles ont presque toujours pour résultat, lorsqu'elles sont devenues définitives, d'exposer au développement d'une irido-choroïdite avec toutes ses conséquences, et de provoquer des rechutes d'autant plus fréquentes que les adhérences sont plus solides et plus nombreuses.

Le passage de l'iritis à l'état chronique est un fait fréquent, mais la chronicité est le plus souvent constituée par une série de rechutes, séparées par des intervalles de calme, et l'inflammation tend alors à se localiser au cercle ciliaire (cyclite) et à gagner la choroïde (irido-choroïdite).

« Toutes les fois qu'une iritis devient chronique, qu'elle oppose au traitement une résistance considérable, il faut toujours examiner avec soin l'état du corps vitré, de la tension intra-oculaire et du champ visuel, une complication d'irido-choroïdite et de glaucome étant toujours susceptible de se surajouter à l'affection primitive » (de Wecker).

D'après le même auteur, certaines formes graves d'iritis parenchymateuse ; entraînant une atrophie très complète du tissu iridien, et, supprimant par cela même, une cause principale de propagation des phénomènes morbides (la rétraction et la traction exercées du côté de l'iris) ; sont pour ce motif, moins exposées aux rechutes.

La syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de l'iritis, puisque la moitié de tous les cas d'inflammation de l'iris est due à cette maladie. Cependant cette iritis n'a pas de signes vraiment pathognomoniques capables de la distinguer des iritis d'autre nature. Ce dia-

gnostic repose sur la connaissance des accidents spécifiques présents ou passés, et sur l'influence heureuse du traitement.

La choroïdite est la plus grave des affections secondaires ; elle se montre de 6 mois à 3 ans après l'infection chancreuse. Le plus souvent elle succède à une iritis et particulièrement à une iritis plastique. A l'éclairage latéral, après dilatation par l'atropine, il n'est pas rare de trouver sur la cristalloïde antérieure un dépôt de pigment uvéal disposé en couronne, indice irrécusable d'iritis (Panas).

Son apparente bénignité la rend d'autant plus redoutable qu'elle ne fait pas souffrir, mais expose aux complications les plus sérieuses. La choroïdite disséminée a une marche essentiellement chronique. Son évolution dure plusieurs mois, et se fait par poussées successives avec exacerbations aiguës : elle est susceptible d'améliorations spontanées pendant lesquelles la maladie peut même rétrograder, et de rechutes nouvelles qui l'aggravent de plus en plus. Lorsque les lésions (plaques exsudatives, plaques atrophiques et infiltration pigmentaire dont le siège est au pôle postérieur, contrairement à celles de la choroïdite simple qui occupent les régions équatoriales) paraissent arrêtées, il se produit souvent des récidives, de telle sorte que l'affection se prolonge pendant des années. Chaque rechute s'annonce par une recrudescence dans le défaut de transparence du corps vitré, apparaissant brusquement, mais pouvant se dissiper en très peu de temps. A l'éclairage faible du miroir plan, il est commun de distinguer dans l'humeur vitrée, un semis de points fins, qui altère la netteté de l'image surtout au voisinage du pôle postérieur, caractère pathognomonique de l'affection aussi bien que de la rétinite syphilitique qui, du reste, la complique souvent (Panas). « L'amblyopie intermittente, survenant brusquement et se dissipant de même, après une durée d'une à deux semaines, se rencontre surtout dans la variété syphilitique de la choroïdite. Chose curieuse, vers la fin de cette dernière affection, alors qu'il persiste encore des lésions ophtalmoscopiques en apparence graves du côté de la choroïde et de la rétine, on voit parfois des malades jusque-là incapables de se conduire, recouvrer la vue au point de pouvoir lire et travailler » (Panas).

Quant à la rétinite syphilitique, elle s'observe à la période intermédiaire entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires. Elle coexiste avec des reliquats d'iritis, des synéchies postérieures. Sou-

vent aussi, elle se complique de choroïdite et constitue alors une chorio-rétinite dont la marche est lente et les rechutes fréquentes. En raison de ces récurrences et de la terminaison possible par atrophie, le pronostic est donc toujours grave. Il prend une gravité toute spéciale, dans la forme décrite par de Graefe sous le nom de *rétinite centrale à récurrences*. Cette affection, extrêmement rare, d'après de Wecker et Abadie, serait caractérisée par des troubles de la vue survenant presque subitement, pour disparaître spontanément et revenir de nouveau quelques jours plus tard. A l'examen ophtalmoscopique ; on trouverait, autour de la macula, un trouble grisâtre ou gris jaunâtre se laissant parfois dissocier en petits points ou groupes de points. Cette opacité se dissipe complètement ou ne laisse, après plusieurs réapparitions, que quelques plaques pigmentaires diffuses et irrégulières.

La rétinite spécifique est accompagnée habituellement de névrite, affection capable de rétrograder sous l'influence du traitement anti-syphilitique. Mais le nerf optique peut aussi être directement atteint par la syphilis. D'autres fois, il en souffre indirectement en ce sens que, sous l'influence de cette même maladie, il se développe dans la boîte crânienne ou dans l'orbite ; des inflammations ou des tumeurs, qui par compression, ou de toute autre manière, atteignent en même temps le nerf optique.

En somme, après une iritis, une irido-choroïdite, etc., il faut toujours craindre une récurrence ; et par conséquent, en avertir le malade, et se tenir prêt à agir énergiquement (frictions mercurielles, injections de biiodure d'hydrargyre (Panas), iodure de potassium) ; contre des lésions qui présentent une si grande gravité ; dès que le premier indice vient à se manifester.

Mais dans bien des cas, la médication spécifique générale et les mydriatiques sont insuffisants à assurer une guérison complète ; il faut alors recourir au traitement chirurgical.

§ 9. — MANIFESTATIONS RÉCIDIVANTES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

Le plus souvent, la syphilis affecte le cerveau sans y être appelée ; ou du moins, sans paraître y être appelée par aucune cause occasionnelle. Pour un certain nombre de cas seulement, des causes adjuvan-

tes paraissent inciter la syphilis, à se porter sur le cerveau ; ce sont les fatigues intellectuelles, le surmenage cérébral par des travaux assidus (obs. 82), par la tension d'esprit, par les veilles ; l'excitation cérébrale dérivant de causes morales (préoccupations (obs. 84), craintes, inquiétudes, émotions (obs. 83), chagrins, etc.). Il faut encore citer les traumatismes crâniens (obs. 84).

L'action de ces mêmes causes n'est pas moins évidente sur la production des récidives et des rechutes de la syphilis cérébrale (Fournier). « Les causes qui prédisposent les syphilitiques aux cérébro-syphiloses, dit Mauriac, contribuent peut-être plus encore à les faire récidiver qu'à les produire. Aussi l'hygiène cérébrale et génitale doit-elle être d'une sévérité plus grande chez ceux qui ont été guéris plus ou moins complètement d'une première attaque. »

Par le nombre, la dissémination, l'étendue, le siège variable des lésions ; on doit prévoir la multiplicité surprenante des types morbides que présente la syphilis cérébrale. Ces formes ne sont pas exclusives les unes des autres, elles se combinent ou se succèdent. Les récidives des lésions sont fréquentes, ce sont leurs effets qui les trahissent et les rendent visibles à nos sens ; et seule, la connaissance des antécédents spécifiques permet d'en reconnaître cliniquement la nature syphilitique (Fournier) ; mais la spécificité des lésions, disparaissant sous un ensemble de symptômes, peut donner le change. Du moment que leur origine syphilitique est simplement douteuse ; il faut instituer, sur-le-champ, le traitement spécifique et le pousser avec vigueur.

Les lésions de la syphilis cérébrale se traduisent par des symptômes multiples ; qui souvent se répètent plusieurs fois coup sur coup. Sous quelque forme que se produisent ces répétitions (céphalée, aphasie, accès épileptiformes, etc.), il ne faudrait pas voir dans chacune d'elles une récidive. La succession des mêmes phénomènes, très rapprochés les uns des autres, n'est en somme que l'expression clinique d'une lésion en train de se constituer, de se compléter, d'évoluer. Pour qu'il y ait récidive, il faut entre deux atteintes de l'affection, une guérison attestée par une période latente assez prolongée et exempte de toute manifestation.

Dans la forme céphalalgique, les maux de tête nocturnes sont intenses et tenaces, ils persistent, parfois d'une façon continue, pendant des mois ; quand le traitement n'intervient pas. Mais une fois la douleur

disparue; soit spontanément, soit sous l'influence du traitement spécifique, elle est sujette à des récidives, qui se produisent avec une extrême facilité (obs. 80) sous forme de longues crises. La nature de cette céphalée et de ses récidives, doit d'autant mieux être connue du médecin; qu'elle est souvent le présage de désordres plus ou moins graves, et que le malade est menacé d'accidents variables suivant la localisation des lésions (épilepsie, hémiplegie, aphasie).

En effet, les maux de tête, les accès épileptiformes, les vertiges, etc., ne se montrent que rarement isolés; le plus souvent, ils se combinent, et ne sont qu'un épisode dans le début de la syphilis cérébrale.

Dans la forme congestive; on observe dès la première atteinte, toute une série de symptômes qui se succèdent (vertiges, obnubilations de la vue, bourdonnements d'oreille passagers, titubations fugaces, absences momentanées de l'intelligence). A une période plus avancée, les mêmes troubles se répètent avec plus d'intensité, d'insistance, de fréquence, jusqu'à devenir continuels parfois. On voit aussi s'esquisser certaines paralysies partielles, incomplètes, fugaces, des tentatives de paralysies, des paralysies avortées, comme dit Fournier. Parfois surviennent des ictus apoplectiques avec ou sans perte de connaissance.

Ces accidents ont souvent des récidives, et sont presque toujours le prélude de crises nouvelles et plus graves; qui s'accompagnent de paralysies durables, hémiplegie surtout, quelquefois même en dépit du traitement.

Dans la forme convulsive ou épileptique; l'affection revêt les caractères, soit de l'épilepsie vraie, soit de l'épilepsie jacksonienne. Dans la première forme; les paralysies transitoires, consécutives à l'accès, sont plus fréquentes que dans le mal caduc. Dans l'épilepsie partielle syphilitique; les attaques successives sont semblables en général, du moins, siègent-elles ou débutent-elles dans le même côté du corps, mais les convulsions peuvent se circonscrire ou s'étendre plus ou moins loin. Elles ne surviennent d'abord qu'à de longs et rares intervalles, puis elles tendent à se rapprocher; on les a vues se succéder presque sans interruption, mais ce fait est exceptionnel. Le stade initial, pendant lequel l'affection ressemble à l'épilepsie ordinaire, dure quelques semaines ou plusieurs mois. Dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, l'essentialité de l'affection persiste beaucoup plus longtemps, pendant un an, dix-huit mois: M. Fournier a vu, chez un de ses

malades, l'encéphalopathie syphilitique se traduire, pendant quatre années, uniquement par des attaques épileptiques pures, sans le moindre trouble cérébral autre, que les crises convulsives se succédant à des intervalles de plusieurs mois. Il est vrai que ce malade prenait régulièrement 2 à 3 grammes d'iodure par jour (Mauriac).

Après guérison complète, les accidents épileptoïdes peuvent récidiver. Ainsi, Byrom Bramwell avait guéri un syphilitique d'accès épileptiformes avec hémiplégie gauche; quand un traumatisme, réchauffant le foyer morbide, entraîna la réapparition de tous les phénomènes pathologiques et la mort du malade. A l'autopsie, on reconnut une gomme localisée au niveau de la 1^{re} et de la 2^e circonvolution frontale droite (Jullien, p. 1005).

Même récurrence, dans l'observation que nous rapportons plus loin, et dans la suivante due à M. Brouardel et citée par M. Fournier (Leçons sur l'épilepsie syphilitique tertiaire. *Union médicale*, 1875).

« M. X..., 40 ans, contracte un chancre induré en février 1871. Divers accidents secondaires dans le cours de la même année et dans la suivante, (roséole, angine, plaques muqueuses). Traitement prolongé par les pilules de protoiodure. Nul autre accident pendant deux années environ.

En avril 1874, le malade est pris subitement, pendant qu'il travaillait à son bureau, d'accidents bizarres consistant en : douleur soudaine très intense dans le côté droit et au niveau du foie approximativement; cette douleur force le tronc à s'incliner du même côté, elle ne dure que quelques secondes. Puis immédiatement, le bras droit se tord sur son axe en pronation forcée, et est agité de mouvements convulsifs. Le malade assiste, sans perdre connaissance, à cette crise; qui dure de une à deux minutes. Un quart d'heure plus tard, seconde crise, absolument semblable; durant le même temps, la connaissance est encore conservée. Une 3^e crise se produit 10 à 15 minutes après la seconde, cette fois le malade perd connaissance.

Traitement : Frictions mercurielles et bromure de potassium (4 gr. par jour). Suspension immédiate des accidents.

Depuis cette époque, le malade a été affecté d'un double sarcocèle syphilitique. En mai 1875, il a été repris de nouveaux accidents épileptiformes, analogues à ceux de l'année précédente, mais beaucoup

moins intenses, lesquels ont également cédé au traitement spécifique.

Toutefois il ne faut pas croire que la guérison complète soit toujours obtenue dès que le diagnostic est posé de bonne heure et qu'une thérapeutique d'assaut est intervenue. En effet dans les cas d'épilepsie jacksonienne qui, dans l'intervalle des accès, sont suivis d'un certain degré d'hémiplégie permanente, même en frappant vite et fort, on n'a parfois que des résultats partiels et voire même nuls (ramollissement en foyer par artérite; ramollissement inflammatoire dans les méningo-myélites).

L'aphasie est un phénomène précoce ou tardif de la syphilis, elle peut être isolée ou accompagnée d'autres symptômes et surtout d'hémiplégie droite incomplète. Elle est transitoire ou durable. On l'a vue se répéter à plusieurs reprises (12 fois dans une observation d'Althaus, 1872; 6 fois en 2 mois dans un cas de Buzzard). Un malade dont l'observation est relatée plus loin (obs. 85) eut trois atteintes d'aphasie isolée de tout autre phénomène. Au cours d'un de ces accès survinrent en 2 mois, 20 crises aphasiques; chacune d'elles ne dépassait pas une heure. Chez quelques sujets l'aphasie intermittente est variable d'un moment à l'autre, de même que l'hémiplégie qui l'accompagne, reproduisant ainsi les oscillations bien connues dans le ramollissement cérébral ischémique.

Chez un malade de Mauriac (1877), l'hémiplégie droite, avec aphasie, se reproduisit chaque jour, 5 à 6 fois pendant un mois. R. Caizergues (Th. de Montpellier, 1878) a rapporté une observation semblable chez un syphilitique héréditaire. C'est surtout au début qu'on observe ces rémittences. L'aphasie et l'hémiplégie droites intermittentes d'origine syphilitique sont souvent difficiles à distinguer de l'hystérie, surtout chez la femme. Mais dans ce dernier cas il y a de l'anesthésie, de l'analgsie, des troubles multiples de la sensibilité générale ou sensorielle; l'hémiplégie hystérique est plus fréquente à gauche qu'à droite, plus prononcée au membre inférieur qu'au membre supérieur, etc., etc.

L'hémiplégie constitue parfois le symptôme prédominant et presque isolé de la syphilis cérébrale; plus souvent on la trouve associée à d'autres phénomènes (obs. 84); souvent elle est précédée de prodromes, surtout de céphalée à recrudescences nocturnes, rebelle, très douloureuse; d'accès épileptoïdes, de vertiges, d'attaques apoplectiformes.

Chez quelques malades on a vu se reproduire coup sur coup de petites attaques de paralysies tout à fait comparables aux crises d'aphasie intermittente, variables comme nombre, comme durée, comme intensité, comme intervalle entre chacune d'elles (15 attaques en 2 mois chez un malade de Fournier; 12 en quelques mois dans une observation de C. Pellizari). Nous rapportons plus loin une observation (84) qu'a bien voulu nous communiquer M. Fournier, où l'on a observé une dizaine d'accès de paralysie limitée à la jambe droite et durant quelques minutes chaque fois. Cette marche insolite des accidents ne peut que donner l'éveil, elle n'est pas un signe certain de syphilis.

Les rechutes sont assez fréquentes dans les hémiplegies syphilitiques après amélioration plus ou moins complète (obs. 81). Mais souvent aussi il en est pour les manifestations encéphaliques comme pour les manifestations cutanées, les lésions ne récidivent pas absolument au même siège, mais dans le voisinage. Comme dans les syphilides tuberculeuses de la peau, par exemple, lors de la deuxième atteinte, les éléments s'étalent à la périphérie, envahissent de proche en proche les tissus sains qui limitaient d'anciennes cicatrices. En somme les accidents n'ont pas dans leurs atteintes successives une circonscription immuable; ils sont assez souvent extensifs et cela sous quelque forme que se traduise la syphilis cérébrale.

C'est ainsi qu'à une hémiplegie succédera une aphasie, par exemple; ces faits nous sont expliqués par nos connaissances sur les localisations cortico-cérébrales. L'observation 83 nous donne un bel exemple de l'extension des lésions après chaque récurrence : ainsi lors de la première atteinte nous voyons une paralysie suivie de contracture du bras droit avec faiblesse de la jambe du même côté; cinq ans plus tard, après guérison, retour de la paralysie avec contracture intermittente dans les quatre membres; la troisième atteinte survient trois ans après : en outre de la paralysie, elle s'accompagne d'aphasie et de perte de la mémoire; enfin, lors d'une quatrième récurrence, les troubles de l'intelligence et du caractère s'ajoutent aux phénomènes paralytiques.

Les monoplégies sont le plus souvent transitoires. Le professeur Charcot rapporte (*Bulletin médical*, 1891, n° 14) un cas d'épilepsie syphilitique partielle qui s'accompagna en 3 mois de trois attaques

de monoplégie brachiale droite. La 3^e atteinte était survenue, en même temps qu'une paralysie faciale gauche, à la suite d'une attaque d'épilepsie partielle. Elle était incomplète, plus accusée au niveau de la main, sans troubles de la sensibilité, mais accompagnée d'une perte très sensible de la force dynamométrique et compliquée d'exagérations des réflexes tendineux et d'atrophie musculaire en masse sans réaction de dégénérescence. A la suite de cette observation, le professeur Charcot a soin d'ajouter « qu'il ne faut pas oublier le chapitre des récidives, car, dit-il, elles sont fréquentes dans ces conditions et pendant quelque temps il sera nécessaire de reprendre de temps à autre le traitement spécifique et de le corser aux moindres indices d'un retour agressif. »

L'hémiplégie faciale est souvent incomplète et éphémère.

A côté des accidents étudiés jusqu'alors, à côté et mieux en regard de ces diverses paralysies dont les récidives ont été pour nous un indice de leur nature spécifique, citons maintenant les paralysies oculaires et notamment les paralysies du moteur oculaire commun qui sont, elles aussi, mais à un tout autre titre, « en quelque sorte la signature de la vérole » (Ricord). En effet les paralysies directement syphilitiques de la 3^e paire crânienne ne sont pas sujettes aux récidives, contrairement à celles du tabes qui y sont notablement exposées. C'est même un caractère presque pathognomonique pour ces dernières qui de plus sont souvent fugaces, parfois éphémères, voire instantanées et guérissent souvent d'une façon spontanée et rapide. Au contraire, les véritables paralysies syphilitiques du moteur oculaire commun sont stables, durables et ne guérissent que d'une façon lente et progressive par le traitement spécifique. A ces caractères tirés de l'évolution viennent encore s'ajouter d'autres signes : les paralysies symptomatiques de l'ataxie sont presque toujours dissociées, partielles, voire parcellaires, elles intéressent souvent la pupille d'une façon exclusive (myosis et signe d'Argyll Robertson), tandis que les paralysies syphilitiques sont massives, totales, intéressent toutes les branches du nerf (ptosis, strabisme externe, abolition des mouvements d'élévation et d'abaissement de la pupille, mydriase). Aussi sera-t-il toujours facile de distinguer ces deux affections. Toutefois il n'est pas impossible à la rigueur qu'une paralysie dérivant d'une lésion syphilitique de la 3^e paire ou d'une lésion de voisinage retentissant sur le

trunc nerveux, viennent à se reproduire après guérison ; mais ces récidives sont exceptionnelles, tandis qu'elles sont absolument significatives pour le tabes (Fournier).

Comme dans les autres types, dans la forme mentale on peut observer des récidives, tel par exemple le cas de syphilis cérébrale à forme maniaque observé par Audrey chez un fils d'aliéné ; grâce à un traitement mixte actif le malade avait pu échapper une première fois à la gravité des accidents cérébraux qu'il a présentés (*Lyon médical*, 1891, n° 7, p. 228).

En somme, il est certaines formes de la syphilis cérébrale qui évoluent et récidivent isolément, sans se combiner à d'autres types, sans s'accroître par des envahissements successifs. Elles se concentrent, s'immobilisent dans une même modalité, se bornent aux mêmes phénomènes. Telles certaines hémiplégies, paralysies faciales, aphasie. De plus, la prédilection marquée des lésions syphilitiques pour les régions antérieures du cerveau et surtout pour sa base nous rend assez bien compte de la fréquence de certains accidents et de leurs récidives (hémiplégies, aphasie, etc.).

Mais l'évolution des accidents cérébraux qui s'entremêlent et se succèdent souvent de la façon la plus variable constitue un des caractères les plus marqués de la syphilis du cerveau. Cette évolution protéiforme, si riche et si complexe en manifestations symptomatiques, est la même qu'on l'observe à la période secondaire ou à la période tertiaire ; les récidives sont également fréquentes dans les deux cas et les dangers à peu près semblables (Mauriac).

Dans la majorité des cas l'évolution spontanée de la syphilis cérébrale abandonnée à elle-même est chronique et sa marche progressive. Après les prodromes souvent peu accentués tels que céphalée, troubles de l'intelligence légers, apparaissent les premiers symptômes évidents soit sous forme d'un accès épileptique ou d'une paralysie limitée, puis sans changement notable, surviennent de nouveaux phénomènes : nouvelles paralysies, nouveaux accès épileptiques ; les troubles psychiques s'aggravent, le malade tombe dans un coma profond et meurt.

Le pronostic de la syphilis cérébrale est très grave. Braas sur 80 cas compte 16 morts, 35 guérisons, 8 améliorations, 21 cas de guérison avec récurrence. La fréquence des recrudescences et des réci-

dives qui surviennent parfois après une guérison solide en apparence et qui se repètent chez quelques malades aussitôt après l'interruption du traitement, aggrave sérieusement le pronostic.

Les récidives uniques sont les plus rares. On en voit ordinairement plusieurs et, malheureusement, en général plus graves que l'atteinte primitive. « Elles sont au moins aussi fréquentes que dans toutes les autres localisations du tertiarisme. Bien que la plupart du temps elles ne soient constituées que par un retour et une exaspération des symptômes déjà existants et que la cérébropathie se reproduise ou s'accroît sous son mode primordial, il arrive toujours qu'elle étend ses limites et atteint un champ plus vaste du fonctionnement cérébral. De plus elle sort de sa formule initiale d'une façon inattendue comme par le coma, ou bien de son processus habituel par l'acuité inflammatoire de l'ancienne maladie ou d'une poussée nouvelle » (Mauriac).

Les récidives demandent une médication intense et prolongée. On n'en est plus, en effet, au temps où l'on croyait que le traitement mercuriel n'était pas étranger à la production de la syphilis cérébrale et qu'en troublant l'évolution régulière de la maladie par cette médication, on en préparait les retours pour une date éloignée. Il était en effet bien peu rationnel d'admettre que le mercure qui combat d'ordinaire efficacement la syphilis, puisse à un moment donné favoriser directement le développement de ses néoplasies. Mais il ne faut pas croire non plus que le traitement antisyphilitique (mercure et iodure) peut et doit guérir tous les accidents cérébraux ; il est des fonctions perdues qui ne se rétablissent pas, quelque énergique que soit la thérapeutique ; les éléments nerveux détruits ne se régénèrent pas en général, et après une amélioration plus ou moins marquée, le médecin reste spectateur passif d'une affection incurable.

§ 10. — DES RÉCIDIVES DANS LA SYPHILIS MÉDULLAIRE

A la mobilité, aux oscillations que l'on observe dans la marche des myélites syphilitiques (amélioration rapide suivie d'aggravation brusque), on peut ajouter la fréquence des récidives survenant à des intervalles plus ou moins éloignés. Une guérison même complète, et maintenue pendant plusieurs mois, un an, deux ans, trois ans, ne

met pas à l'abri des rechutes ; le malade se trouve alors repris de faiblesse dans les membres inférieurs, de paralysie vésicale et de tous les symptômes qu'il avait ressentis au moment de la première atteinte. La rechute peut guérir à son tour sous l'influence du traitement spécifique. Quoique des guérisons complètes aient été observées, il faut bien dire qu'elles sont rares, le plus souvent ce sont des guérisons avec reliquat, avec infirmités. Les rechutes possibles, probables même, malgré les meilleures apparences de santé, viennent donc encore noircir le pronostic ; malgré ces temps d'arrêt, ces rémissions même prolongées, la marche de l'affection est fatale.

Il est difficile de saisir les causes qui peuvent déterminer ces récides ; souvent on ne peut en trouver et on doit voir là une tendance particulière à cette variété de myélite, car souvent l'affection récidive alors même que le traitement a été suivi avec le plus grand soin et la plus grande régularité. Par contre, nombre de rechutes sont survenues par suite de la cessation prématurée de la médication. Disons cependant qu'on a aussi regardé comme facteurs étiologiques de premier ordre les excès vénériens ; les fatigues corporelles, surtout la marche, le froid humide, jouent aussi un rôle comme causes prédisposantes. L'alcoolisme et toutes les causes d'épuisement nerveux se rencontrent souvent dans les antécédents.

La syphilis médullaire se montre aussi bien à une période avancée qu'au début de la maladie (voir Syphilis médullaire précoce, par A. Gilbert et G. Lyon, in *Archives gén. de méd.*, 1889). Toutes les formes de la syphilis peuvent donner lieu aux accidents médullaires.

M. Lancereaux (cité par Savard, *Myélites syphilitiques*, 1881) prétend que les accidents secondaires rebelles, et notamment les plaques muqueuses persistantes, ne sont jamais suivies d'accidents viscéraux. Zambaco cependant (et beaucoup d'autres après lui) rapporte l'observation d'un malade chez qui, pendant deux ans, et malgré le traitement, se montrèrent de nombreuses récides de plaques muqueuses ; au bout de deux années survint une paraplégie.

La compression de la moelle par un syphilome rachidien se rencontre plus fréquemment à la région cervicale qu'à la région dorso-lombaire. Peut-être y a-t-il quelque rapport avec les lésions si communes du pharynx ? Dans le cancer et la tuberculose vertébrale, le mal siège surtout à la région dorso-lombaire.

§ 11. — HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE EN SÉRIE

Pour étayer la thèse que nous soutenons ici, s'il était besoin d'un complément de preuves, la transmission héréditaire de la syphilis, ou mieux, l'hérédité syphilitique nous fournirait les arguments les plus décisifs et les plus convaincants. Ici, en effet, les observations abondent et surabondent en démonstrations les plus péremptoires de faits ou plutôt de méfaits identiques. L'hérédité syphilitique constitue un vaste champ d'exploration touffu d'exemples où la vérole exerce dans un même appareil son action néfaste sur le produit de la conception.

Cliniquement, enseigne le professeur Fournier (*Hérédité syphilitique*, 1891), l'influence héréditaire de la syphilis se traduit par des manifestations qui bien que diverses peuvent se ranger sous les 5 chefs suivants :

- 1° Accidents de syphilis proprement dits.
- 2° Cachexie fœtale ayant pour aboutissant l'inaptitude à la vie.
- 3° Troubles dystrophiques généraux ou partiels.
- 4° Malformations congénitales.
- 5° Prédispositions morbides.

C'est qu'en effet, pouvons-nous dire, en hérédité syphilitique (contrairement à l'aphorisme du professeur Peter, « on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable »), *l'enfant naît syphilitique, mais non syphilisable*; et, s'il échappe à la tare spécifique, s'il n'est pas frappé de mort in utero, il est encore exposé aux effets indirects de la vérole, à ce que notre éminent maître appelle l'hérédité à formes morbides dissemblables.

Notre travail ne saurait comporter l'étude de chacune de ces manifestations, non plus que la discussion et les vastes problèmes que soulève l'hérédité syphilitique, sujets magistralement traités dans les belles leçons du savant médecin de l'hôpital Saint-Louis (*Syphilis et mariage, Hérédité syphilitique, Syphilis héréditaire tardive, Nourrices et nourrissons syphilitiques*). Nous voulons seulement, en quelques propositions résumées, puisées à cette source précieuse, indiquer l'influence de l'hérédité syphilitique se transmettant en

série, c'est-à-dire continuant à s'exercer d'une façon ininterrompue sur toute une série de grossesses suivant que l'un des géniteurs ou les deux sont atteints de syphilis plus ou moins vieille et plus ou moins traitée. Son action néfaste, admise aujourd'hui par tous, est encore mieux prouvée lorsque la maladie s'introduit dans un ménage après des grossesses antérieures et arrivées à terme, servant de critérium.

L'influence hérédo-paternelle se traduit bien moins souvent par la transmission de la syphilis en l'espèce que par des manifestations des accidents d'un autre ordre : à savoir, inaptitude à la vie et mort du fœtus, débilité native et mort de l'enfant. La syphilis paternelle tue l'enfant bien plus souvent qu'elle ne se borne à lui transmettre la syphilis. Le danger le plus commun, le plus usuel auquel expose dans le mariage la syphilis du mari, c'est l'avortement et cette influence pernicieuse, foeticide, abortive se prolonge très souvent sur plusieurs grossesses plus ou moins rapprochées, Ainsi, 2, 3, 4, 5, 6, 7 fausses couches se succèdent parfois sans explication autre que la syphilis du mari.

Dans un cas de Behrend, une femme saine mariée à un homme syphilitique avorte 7 fois.

L'hérédité maternelle est infiniment plus nocive que l'hérédité paternelle.

L'hérédité mixte, celle qui dérive des deux conjoints (car, ainsi que l'a dit Dechambre, la vérole se partage entre époux comme le pain quotidien) est plus désastreuse que l'hérédité exclusive du père ou de la mère. « C'est ici, dit le professeur Fournier, que se présente une page de pathologie vraiment désolante ; c'est ici que commence pour les familles une situation navrante qu'il faut avoir observée dans ses détails intimes et sous ses formes diverses pour en comprendre toutes les douleurs. »

Hâtons-nous d'ajouter cependant que l'hérédité syphilitique n'est rigoureusement fatale dans aucune des conditions possible de provenance.

Le temps use, atténue et peut même parfois annihiler l'influence hérédo-syphilitique, quelle qu'en soit d'ailleurs la provenance. Cette influence qui s'exerce d'une façon très inégale aux divers âges de la maladie comporte un maximum considérable, lequel correspond aux

trois premières années de l'infection. Le maximum de ce maximum répond au plus jeune âge de la diathèse, c'est-à-dire approximativement à sa première année. Au delà des 3 premières années de la maladie la décroissance de l'influence héréditaire se poursuit encore. Mais elle s'épuise peu à peu, bien qu'à des échéances éloignées on puisse encore voir cette hérédité s'exercer.

Le traitement spécifique (notamment le mercure) a une influence prodigieuse sur l'hérédité syphilitique et cela dans toutes les conditions possibles de provenance héréditaire. Il constitue un correctif par excellence, un neutralisant de l'influence héréditaire de la syphilis. L'action même simplement provisoire du traitement a pu quelquefois conjurer provisoirement les effets de l'hérédité syphilitique.

La réunion de ces deux modificateurs, temps et traitement, constitue la meilleure sauvegarde contre l'hérédité syphilitique.

Le rapport indéniable qui existe entre la gravité d'une syphilis comme manifestation individuelle et la même gravité de cette syphilis comme conséquences héréditaires n'a rien de constant ; il fait défaut dans l'énorme majorité des cas. De même la bénignité d'une syphilis n'est en rien une garantie de bénignité quant à ses résultats sur les descendants.

L'hérédité syphilitique n'a pas besoin pour s'exercer que la syphilis des géniteurs soit en action ; il suffit que la syphilis soit en puissance au moment même de la fécondation. Toutefois, d'une façon générale, l'hérédité syphilitique est plus nocive au cours des crises aiguës que pendant les périodes d'accalmie.

En résumé, dans les familles où la syphilis a pénétré, quelle que soit la façon dont les individus ont été éprouvés, les mêmes conséquences funestes peuvent toujours être redoutées, voire après une étape prolongée d'état latent alors qu'est survenue la naissance d'un enfant sain.

La mortalité infantile du fait de l'hérédité syphilitique, s'élève en ville à la proportion de 42 0/0 ; elle atteint son maximum dans les milieux hospitaliers (86 0/0 à Lourcine, 84 0/0 à l'hôpital St-Louis).

Les recherches que notre excellent maître, M. Maygrier, nous a autorisé à faire dans les feuilles d'accouchement de son service à l'hôpital de la Pitié, nous ont fourni les résultats suivants :

De janvier 1887 à juin 1892, sur 2109 accouchées entrées dans le

service, il y avait 65 femmes syphilitiques, dont 44 multipares et 21 primipares. Leurs grossesses se sont terminées par :

2 avortements ;

48 accouchements prématurés dont 24 mort-nés ;

15 accouchements à terme avec enfants vivants.

En somme, 26 morts et 39 vivants ; soit une mortalité de 40 0/0.

Toutefois, hâtons-nous d'ajouter qu'après l'accouchement les mères quittent l'hôpital en général vers le 10^e jour ; aussi est-il probable que le taux de la mortalité serait de beaucoup plus élevé, s'il avait été possible de suivre pendant quelques mois ces enfants dont plus de la moitié étaient nés prématurément. Pour la même raison nous n'avons pu faire le pourcentage des enfants présentant des manifestations syphilitiques.

L'hérédité syphilitique a donc une influence énergiquement meurtrière sur le produit de la conception. Cette influence déjà si évidente par les statistiques générales est encore plus concluante observée dans les familles où la vérole tue les jeunes et les tue parfois par de véritables hécatombes. Elle est de toutes les maladies celle qui produit le plus d'avortements ; elle mériterait de ce fait d'être appelée la *grande avorteuse*.

Mort du fœtus et mort de l'enfant pouvant s'ajouter l'une à l'autre et n'étant que trop sujettes à répétition, cette polyléthalité infantile dans certaines familles s'élève parfois jusqu'au rang d'un véritable élément séméiologique pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire.

ÉTIOLOGIE. — FACTEURS DE GRAVITÉ

« En me basant sur l'observation clinique et surtout sur l'étude anatomo-pathologique, disait Neumann au Congrès de 1889, je suis persuadé que la syphilis tertiaire est causée par le développement de produits inflammatoires qui datent de la période secondaire.

Dans la peau et dans les muqueuses il reste, après la disparition de tous les symptômes cliniques, de nombreux centres pathologiques très étendus dont les éléments se composent principalement de cellules exsudatives.

Plus l'infection est ancienne, plus le nombre des cellules diminue. A l'état récent, douées d'une grande virulence, proliférant sans cesse, elles forment autant de foyers où l'infection de l'économie se renouvelle sans cesse. Plus tard elles croissent plus lentement, elles sont moins virulentes, restent entassées et ont plutôt tendance à faire des néoformations ; plus tardivement encore elles aboutissent à la dégénérescence et à la caséification. »

« Il n'y a rien d'étonnant, ajoute plus loin le professeur viennois, que des produits syphilitiques restés dans le corps subissent plus tard des métamorphoses progressives et régressives. »

Au même Congrès, à la suite de la communication du Dr Portalier, le professeur Fournier avouait que, pour la plupart des récidives, on en était réduit aux hypothèses. « La plus plausible, disait-il, est celle-ci : après guérison apparente d'une syphilide quelconque il reste *in situ* des germes morbides à l'état léthargique pour ainsi dire, jusqu'à ce qu'une cause quelconque vienne les faire revivre. Peut-être même n'est-ce pas une simple hypothèse, car M. Neumann, qui a fait récemment l'examen histologique des régions occupées antérieurement par des syphilides guéries, m'a dit avoir trouvé jusqu'à deux ans après cette guérison apparente des amas de cellules embryonnaires autour des glandes sébacées et sudoripares. Ce fait est des plus inté-

ressants et j'y vois un argument de plus en faveur du traitement préventif. »

En somme, les recherches de Neumann peuvent d'une façon générale s'appliquer à l'étude de tous les accidents récidivant in situ ; elles aident à les comprendre, à les interpréter.

Il nous faut maintenant passer en revue les causes capables de faire proliférer les germes endormis, de mettre en activité les foyers latents où le ferment morbide semble assoupi depuis un temps plus ou moins long. Voyons quelles influences font que tel individu est plus apte que tel autre à cette fatalité inéluctable des récidives évoluant au même siège. Dans cette étiologie souvent complexe et fertile en difficultés de toute espèce, à côté de quelques démonstrations acquises, combien de faits restent incertains, litigieux ? Combien de lacunes qu'il est impossible de combler dans l'état actuel de nos connaissances ? Au cours de ce mémoire, dans les chapitres précédents, en étudiant isolément certaines récidives, nous avons déjà insisté sur des causes spéciales, particulières. Il en est d'autres plus générales ; mais si elles sont facteurs de récidive, ont-elles une action décisive sur le siège ou sur la forme même des accidents ? Quel contingent apportent-elles dans la localisation de la maladie ? Les causes occasionnelles, jointes à l'atteinte plus ou moins grave portée par la ou les déterminations précédentes, entrent ici pour une bonne part. Mais il y a aussi d'explicables inconnues relevant de l'individu lui-même, cet autre facteur si complexe en réactions diverses. Quelles que soient en effet les conditions qui peuvent modifier l'évolution de la syphilis, la récidive locale n'a rien de fatal, rien d'obligatoire en soi.

Et d'abord, dans quelle forme de syphilis observe-t-on surtout les récidives in situ ? On peut aussi bien les observer dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire. Dans ce dernier cas les récidives, après s'être montrées avec ténacité dans le jeune âge de préférence au pourtour de la bouche, aux fesses, à la région génitale par exemple, là où elles laissent souvent des cicatrices importantes à connaître (Parrot), peuvent se manifester longtemps après, à l'âge adulte, sous forme de récidives graves du type tertiaire, soit aux mêmes sièges, soit ailleurs (nez, pharynx, etc.). De même on peut observer tantôt au début de l'infection acquise, tantôt très tardivement (5, 10, 15, 20... 27 ans après, obs. 10), des récidives locales

aussi bien dans les syphilis bénignes que dans les syphilis les plus malignes dès leur apparition. « Bien que les observations que nous possédons sur le sort ultérieur de la syphilis galopante soient encore peu nombreuses, elles nous permettent cependant de constater que sauf des cas dans lesquels la mort survient par lésion d'un organe important, il se produit après un certain temps une atténuation dans l'intensité des phénomènes morbides. Les récidives sont de plus en plus distantes et souvent aussi l'extension et l'intensité des poussées diminuent ; si, par exemple, l'exanthème du début s'était manifesté sous forme d'une poussée ulcéreuse généralisée, ceux qui lui succèdent ne consistent plus qu'en quelques groupes de papules limitées à certains endroits. Il n'est pas douteux, que dans la syphilis galopante comme dans la syphilis ordinaire, la maladie finisse par s'éteindre complètement. »

Ed. Lesser, en somme, exprime ici l'opinion depuis longtemps professée par M. Fournier sur ces « feux de paille » tapageurs, à grand éclat, mais en somme assez vite éteints, après 3, 4, 5 ans. Dans plusieurs des observations qui suivent, cette malignité précoce s'est manifestée par des poussées du type ulcéreux récidivant assez souvent sur place. Peut-être chez quelques malades ne faut-il voir dans cette localisation qu'un effet de la multiplicité des lésions (obs. 35) ? Mais chez d'autres, lorsque les éruptions devenaient moins nombreuses, la syphilis s'attaquait aux régions primitivement atteintes (obs. 16, 37).

Si de l'aspect variable du chancre, on ne peut tirer aucune indication quant à l'avenir de la maladie (exception faite cependant pour quelques chancres phagédéniques), il n'en est plus de même du siège de la sclérose initiale. Qu'il s'agisse de la persistance de la vulnérabilité des tissus ou d'un dépôt local à ce niveau, son influence est manifeste et reconnue. C'est un point sur lequel nous ne reviendrons pas, ayant traité plus haut avec les développements qu'elle comportait cette question du chancre redux et des syphilides ulcéreuses chancriformes.

Pour quelques auteurs l'influence de l'accident primitif ne se ferait pas seulement sentir localement, in situ, elle s'étendrait plus loin encore. La sclérose initiale créerait autour d'elle une zone attractive pour les accidents ultérieurs ; elle serait une cause de rappel des manifestations spécifiques qui apparaîtraient surtout aux environs du point

primitivement envahi ; elle déterminerait dans un certain périmètre une sorte de locus minoris resistentiæ, tandis que les régions éloignées seraient relativement peu ou pas atteintes. Nous avons entendu plusieurs fois dans ses savantes cliniques M. le Dr E. Besnier exprimer cette opinion. Franz Mraweck (Vierteljars. für Dermat. und Syphil., 1881, p. 47) s'y rattache également, lorsque, à propos des recherches faites à la clinique de Sigmund sur le chancre syphilitique du col de l'utérus, il dit que la syphilis a dans ces cas de la tendance à se localiser dans la région génitale. Quelques-unes de nos observations plaident en faveur de cette manière de voir. Ainsi une malade que nous observons depuis plus de 5 ans, a contracté des chancres des lèvres, suivis de poussées multiples d'accidents secondaires, confluents parfois autour de la cicatrice de la sclérose initiale. Jamais elle n'a éprouvé jusqu'alors des manifestations du côté des organes génitaux (obs. 16). Un médecin contracte professionnellement un chancre du doigt. Pendant près de 10 ans il est tourmenté par des poussées incessantes de syphilides palmaires (obs. 78).

Quelques syphiligraphes pensent que les chancres extra-génitaux provoquent un processus beaucoup plus grave que les scléroses génitales. Cette opinion ne compte que de rares partisans. Les faits que nous étudions, bien qu'aggravant la marche de la syphilis par leurs récides, vont aussi à l'encontre de cette façon de penser. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, les récides et les transformations in situ, au siège primitif de la sclérose, sont beaucoup plus rares pour les chancres extra-génitaux que pour les chancres de la zone génitale.

Nous n'avons pas non plus observé de récides plus graves des accidents consécutifs dans les syphilis à début extra-génital (obs. 3, 16, 78).

Pourquoi une région, un organe, après avoir été sous le coup de manifestations récidivantes multiples à la période secondaire, est-il affranchi des atteintes de la maladie lors des échéances tertiaires ? Que penser de telles immunités qui, tout en restant à l'état d'énigmes, nous montrent qu'une première détermination est souvent insuffisante à elle seule pour créer un point vulnérable lors des invasions ultérieures ?

Faut-il dans ces récides toujours les mêmes, voir quelque influence

de la source dont elles dérivent ? Y a-t-il quelque concordance entre la provenance de la maladie, la graine et les récidives ? On s'accorde généralement, depuis Bassereau, à dire qu'en matière de localisations de la syphilis le terrain est tout. « Trois jeunes gens sont infectés à la même source, dans la même séance : chacun aura sa syphilis à lui personnelle. Tous trois cependant avaient commencé identiques, ils ne se sont diversifiés qu'ensuite, à mesure que le contenant a eu la faculté d'agir sur le contenu, que le ferment a pu subir l'action du milieu où il va évoluer, c'est-à-dire l'action de la constitution » (Diday). Toutefois des observations contraires ont été rapportées par MM. Gémy (d'Alger) et A. Morel-Lavallée.

Dans les faits que nous étudions rien ne nous autorise à nous rattacher à cette dernière opinion ; les renseignements que nous avons pu obtenir des malades ont été nuls à ce point de vue. C'est donc un point d'interrogation que nous posons ici.

Le traitement diminue-t-il les chances des récidives in situ ? Bien certainement les récidives relèvent de l'absence ou de l'insuffisance du traitement pour une grande part. Beaucoup de nos observations parlent en ce sens. Tantôt la syphilis a été méconnue à son origine : un malade (obs. 33) eut 3 fois cette malchance de voir sa syphilis méconnue et, pendant 3 années, les mêmes récidives réapparaissent coup sur coup au même endroit. Tantôt, le malade n'a pris aucun souci de sa maladie. D'autres fois, le traitement n'a été ni assez énergique ni assez longtemps continué pour effectuer la résorption des exsudats qui existent dans les tissus ; les malades se sont soignés d'une façon incomplète, insuffisante, écourtée, presque nulle ; ils ont été « blanchis », comme on dit couramment, soit par négligence, soit d'une façon voulue (syphilis conjugale).

Au contraire, le traitement atténue, corrige, maîtrise même parfois l'influence de la syphilis. Cependant on peut observer des récidives in situ opiniâtres, rebelles, réfractaires à toute espèce de médication. Neisser, en parlant de certaines syphilis graves, a dit : le mercure est impuissant contre une telle quantité de bactéries. Dans les cas que nous observons, ce n'est pas toujours tant la multiplicité des accidents qui est en jeu, c'est plutôt leur qualité. La syphilis localisée, réduite à une manifestation même bénigne, prend assez communément un caractère tel que devant elle l'insuccès de la thérapeutique est aussi décourageant que certain.

Et cependant dans ces cas, nous n'avons pas en vue quelques-unes de ces syphilis sursaturées de malignité, ni ces rechutes interminables amenées par quelques-unes des causes débilitantes que nous allons passer en revue, car c'est en remontant aux causes que nous trouverons la vraie source des indications thérapeutiques. Donc cette notion de l'influence du traitement ne suffit pas à tout expliquer; assurément son absence est un gros facteur dans la nouvelle atteinte, mais il y en a d'autres.

Les causes générales que nous allons étudier entrent aussi en jeu; mais en plus s'ajoute ici cet autre élément de siège, de localisation semblable. Peut-on dire que la première atteinte de la maladie en cet endroit jointe à l'insuffisance de la médication est tout? Non pas, car alors tous les accidents devraient récidiver à poste fixe, au point antérieurement frappé. Cette étiologie est donc insuffisante à expliquer la localisation des poussées nouvelles dans certains cas. De même nous ne savons pour quelles causes chez un individu les récidives se montrent toujours sous la même forme tandis qu'elles varient chaque jour chez un autre. Toutefois dans les formes ulcératives, il faut voir l'intervention d'un agent vulgaire de la suppuration (staphylocoque, streptocoque), telles ces syphilides ecthymateuses qui guérissent rapidement par un pansement antiseptique local. « Signalons dans cette dernière direction les études récentes de P. G. Unna et Tommasoli (1890) sur le rôle des micro-organismes pyogènes, prononcé surtout dans les syphilides superficielles et chez les sujets dont l'état général est mauvais. C'est dans cette série que se rencontrent surtout les formes de syphilides à élément purulent accentué, habituellement dénommées sous les termes impropres de : impétigo, ecthyma, etc., syphilitiques. Les études nouvelles doivent porter sur chacune d'elles et surtout sur toutes les formes de syphilides ulcérautes précoces ou tardives, phagédéniques dans leurs rapports avec les infections secondaires » (E. Besnier et A. Doyon). Dans cette voie un pas a été fait à propos des angines blanches de la syphilis secondaire, des plaques muqueuses pseudo-diphthéritiques. M. Bourges y a montré l'absence du bacille de Klebs-Löffler et la présence possible des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques, comme dans les angines tardives de la scarlatine.

L'alcool, le meilleur et le plus sûr adjuvant de la syphilis dans sa lutte avec l'organisme (Haslund), joue très souvent un rôle décisif

dans le retour des accidents, en même temps qu'il les rend plus nombreux, plus profonds, et plus rebelles au traitement. Indépendamment de l'action générale sur la diathèse qui est manifestement rendue plus intense, voire même parfois maligne, il est créé par l'alcool un état spécial des téguments, qui favorise le développement des syphilides au même titre que celui des autres affections cutanées (Lailier, Fournier, Vidal, E. Besnier, Renaut). L'alcool, dit Barthélemy, est un puissant provocateur des dermatoses et des syphilides. Nombreuses sont les observations que nous rapportons (obs. 4, 44, 45, 55, 62, etc., etc.) où sous l'influence nocive de l'alcoolisme les récidives se montrent au même siège. Rappelons l'observation de cet individu sobre chez qui la syphilis, latente depuis 11 ans, se réveille à la suite d'excès alcooliques avec les mêmes caractères qu'elle avait présentés à ses débuts (obs. 24). Citons aussi ce malade qui, en 4 ans 1/2, a fait 14 séjours dans le service du professeur Fournier. Chacune de ces sorties était l'occasion de copieuses libations bientôt suivies de nouveaux accidents (obs. 37).

Plusieurs de nos malades ont été paludéens. L'impaludisme, on le sait, aggrave d'une façon générale la syphilis. Bien qu'ici, comme ailleurs, on doive se défier des coïncidences, car elles n'impliquent pas toujours des rapports de causalité, peut-être le paludisme a-t-il été une cause accessoire qui a facilité la localisation des récidives? Du reste ne joue-t-il pas ce rôle adjuvant dans la syphilis hépatique en même temps que l'alcoolisme? (V. obs. 4, 37, 44, 54, 82...).

La scrofulo-tuberculose prédispose aux récidives en général et plus spécialement elle est une cause d'appel pour les lésions tertiaires de l'appareil tégumentaire.

Les maladies fébriles modifient l'évolution de la syphilis et surtout des syphilides préexistantes. L'apparition d'un érysipèle a souvent été d'une heureuse influence sur des manifestations cutanées ou muqueuses même situées à une grande distance du foyer érysipélateux. Malheureusement l'érysipèle n'a pas d'action préventive sur les poussées ultérieures et l'on peut voir renaître l'éruption quelques jours après la guérison de la maladie aiguë. Un malade dont nous relatons l'observation était atteint de laryngite spécifique rebelle au traitement; survint une grippe et les accidents laryngés disparurent instantanément (obs. XV). Une autre malade n'avait cessé depuis le début de

sa syphilis de présenter des accidents cutanés et muqueux. Au 8^e mois de la maladie, elle a un double adéno-phlegmon cervical ; à dater de cette époque, elle ne présente aucune manifestation spécifique, mais deux mois 1/2 après, des syphilides palmaires et plantaires récidivent (obs. 16). Enfin chez une 3^e malade (obs. 53) pendant 3 années de suite étaient apparues de multiples éruptions aux mains et aux pieds ; arrive une variole ; toute une année la syphilis reste latente, puis elle se réveille sous la forme de lésions tertiaires qui, depuis 10 ans, font d'incessantes irruptions à la région sacro-lombaire. En somme, au point de vue qui nous occupe, l'intervention d'une maladie aiguë dans ces cas a eu pour résultat de déloger la syphilis d'un siège où elle s'était cantonnée momentanément ; puis, après une interruption plus ou moins longue, celle-ci se fixe ailleurs.

Chez les malades des hôpitaux, en même temps que l'alcoolisme chronique, on trouve très souvent la misère associée aux conditions anti-hygiéniques les plus pitoyables (vermine, malpropreté, froid, manque de nourriture, etc...) imprimant à la maladie un cachet tout spécial de gravité. Ces malades, admis à l'hôpital où ils trouvent en même temps que la médication spécifique la nourriture, le repos et une hygiène qui leur faisaient défaut, sont en général rapidement améliorés, mais à leur sortie les mêmes causes déprimantes les attendent et bientôt aussi les mêmes récidives.

Toutes les conditions dépressives physiques, intellectuelles et morales (fatigues, insomnie, surmenage, excès, jeu, débauche, chagrins) sont autant de causes capables d'aggraver la maladie, et de rendre ses rechutes plus fréquentes, sans cependant qu'il soit possible de rien conclure d'une façon générale, sur leur apparition au même point.

Tandis que les uns n'attachent aucune importance aux saisons, d'autres voient dans leur retour une véritable influence sur la réapparition des manifestations syphilitiques, comme sur celle d'autres affections cutanées. On connaît le mémoire de Diday sur la syphilis automnale. Leloir parle des retours printaniers des syphilides chancreiformes. Enthyboule rapporta au Congrès de 1889 l'observation d'une malade bien constituée, non traitée qui pendant 10 années consécutives présentait à époque fixe, au printemps, les mêmes poussées d'accidents tertiaires.

Quelle est l'influence de l'âge, de l'individu, sur ces récidives in situ ?

Nous avons vu que l'hérédo-syphilis infantile avait quelques foyers de prédilection (bouche, organes génitaux). Ces mêmes localisations peuvent se montrer chez l'enfant qui contracte la syphilis en bas âge. Toutefois chez ce dernier la maladie est en général moins grave, moins touffue en accidents que chez l'hérédo-syphilitique.

La syphilis acquise après 60 ans, la syphilis des vieux, est un drame à actes successifs plus lents dans leur évolution que ceux qui appartiennent à une syphilis contractée dans les années antérieures. M. Quinquaud n'admet pas le caractère de bénignité habituelle indiqué par Sigmund pour la syphilis des vieillards. Il cite les récidives fréquentes des plaques muqueuses pendant les deux premières années de la maladie. De même à la période tertiaire des poussées successives se répètent pendant des années. Cette opinion cadre du reste avec le pronostic fâcheux porté par Ricord : « Si vous voulez attraper la vérole, disait-il, profitez du moins du temps où vous êtes jeunes, car plus tard vous vous repentiriez d'avoir trop attendu. La vérole n'aime pas les vieux, elle leur joue cent tours qu'elle épargne aux jeunes gens ».

Quant aux causes locales : traumatisme (obs. 58, 59, 61, 62), frottements (obs. 45), irritation, on connaît leurs rapports étroits avec la syphilis. L'organe ou la région atteinte offre à la syphilis un terrain bien préparé dont elle s'empare et où elle revient porter ses ravages. Les accidents peuvent se montrer quelques jours, quelques semaines, quelques mois après le traumatisme..... Dans l'observation 62, cinq fois des syphilides gommeuses ont récidivé au siège d'un ancien traumatisme de jambe : 21, 27, 28, 32 ans après l'accident. Le traumatisme chirurgical peut avoir les mêmes conséquences. Aussi y a-t-il intérêt à soumettre au traitement syphilitique les individus qui doivent subir une opération. Cette opinion soutenue autrefois par Jobert (1849) compte à la tête de ses défenseurs le professeur Verneuil. Elle a été exposée avec tous ses détails dans la thèse de H. Petit (1875), Récemment encore le professeur Duplay (*Gaz. des hôp.*, 1892), à propos de la réparation chirurgicale des perforations palatines, recommandait l'institution d'une médication spécifique pour ne pas voir les accidents récidiver dans la plaie opératoire.

Au delà de cette étiologie qui renferme un grand nombre de cas, combien de récidives in situ dont la cause occasionnelle nous échappe

totale­ment, pour lesquelles on ne saurait donner aucune explication de nature satisfaisante, que rien ne peut faire prévoir ? Combien d'accidents pour la localisation desquels nous ne pouvons invoquer que la spontanéité de la maladie plus ou moins capricieuse dans ses retours inattendus, non motivés en apparence ? Ces récidi­ves, nous les constatons sans en trouver la raison d'être, « nous les voyons se produire sans y rien comprendre, nous y assistons en spectateurs inconscients du pourquoi des choses ».

PRONOSTIC

Envisagée dans son ensemble cette syphilis à manifestations récidivantes que nous venons d'étudier a un pronostic grave. Si en effet on a pu regarder la marche de quelques accidents comme ne paraissant pas comporter une signification fâcheuse (roséole de retour), ce pronostic ne comprend que le présent, l'au delà reste toujours douteux et plein de menaces. Passé le chancre et la roséole, même, l'absence de tout symptôme spécifique au cours des premières années n'exclut pas la possibilité de l'apparition de ces récidives in situ dans un temps plus ou moins lointain (obs. 33). En même temps que les retours de la maladie attestent que la vérole est là en pleine évolution, en pleine activité, ils indiquent qu'il est indispensable de la traiter méthodiquement avec assiduité et persévérance si l'on veut assurer l'avenir.

La détermination est toujours plus à redouter sur les points antérieurement frappés. C'est là qu'en règle générale il faut s'attendre, même après un calme trompeur de longue durée, à voir se réveiller une affection qu'on pouvait supposer guérie à tout jamais (obs. 29). Mais aussi, le passé ne répondant pas de l'avenir, il faut redouter les bizarreries inattendues de la maladie [qui peut apparaître à tout instant avec une localisation et sous un aspect différent, sans cause apparente parfois. La fixité d'une lésion bénigne semblerait constituer au premier abord une garantie suffisante, une sauvegarde contre les dangers ultérieurs, mais à cet argument en apparence raisonnable, la clinique oppose chaque jour des faits contraires (obs. 80). Ces surprises nous enseignent le peu de confiance qu'il faut avoir dans les signes fournis par les premières poussées pour fonder un pronostic d'ensemble. En somme ces récidives chargent le bilan déjà lourd de la vérole. Elles le chargent parfois d'autant plus que la médication reste impuissante contre certaines d'entre elles qui renaissent avec une facilité désespérante, sans que pourtant la constitution soit pro-

fondément ébranlée. « Des récidives incessantes ont pu conduire le malade à une dénutrition grave, caractérisée par la diarrhée, une faiblesse extrême, des sueurs profuses, des hémorrhagies répétées, de la fièvre hectique, une émaciation vraiment effrayante et déterminer la mort malgré le traitement » (Barthélemy et Balzer, in *Dict. Jaccoud*).

A côté de ce pronostic d'ensemble, il en est un autre moins général qui se rapporte à chaque période isolée. En effet, considéré en lui-même, l'accident primitif est une lésion sans importance; tout autre est le pronostic quand on envisage le chancre comme un point d'appel local des récidives in situ (chancre redux, syphilides chancrifformes). Quelques éléments d'appréciation peuvent se tirer de l'aspect général des symptômes secondaires, on peut ainsi s'attendre avec assez de vraisemblance à des récidives multiples après une première éruption grave; si au contraire l'éruption est légère et bénigne, il est probable qu'il ne se produira que quelques récidives sans importance (siège à part). Mais aussi que de cas où l'on escompte la bénignité de la maladie et où des retours offensifs et graves de manifestations tertiaires infligent un démenti à nos prévisions, en ce que les récidives reprennent en sous-œuvre les dégâts causés par une première atteinte; à la période tertiaire les récidives in situ ont une tendance à l'extension; à chacune des poussées le mal envahit la périphérie des cicatrices plus qu'il ne frappe à leur centre. Cette gravité s'accroît encore avec les complications qui peuvent venir s'y greffer (phagédénisme, cancer) ou avec les épiphénomènes qui résultent des lésions prolongées (dégénérescences amyloïdes).

Certaines récidives ont une signification heureuse pour ainsi dire, si l'on songe qu'elles sont de nature à éclairer rapidement le diagnostic et que, par suite, elles conduisent au traitement d'où dépendent en grande partie l'évolution du mal et sa terminaison. Tels ces avortements successifs relevant d'une cause longtemps méconnue; leur nombre finit par en faire soupçonner la nature. Un traitement spécifique est alors indiqué et la grossesse suivante arrive à son terme normal.

Sur ce terrain du pronostic les lésions spécifiques et leurs récidives ne doivent pas seules entrer en ligne de compte. Elles ne constituent qu'une partie de la question. A côté d'elles il faut peser toutes les

causes occasionnelles dont nous avons parlé plus haut. Ce sont elles en effet qui donnent le branle-bas à la maladie en ranimant les germes latents : les retours offensifs sont en effet plus fréquents quand les lois de l'hygiène ont été méconnues, les malades affaiblis, surmenés mal nourris, adonnés à l'alcool, etc.

Le syphilitique, averti de leur importance, se tiendra sur ses gardes au moment où ces agents provocateurs vont traduire leur action par des désordres apparents ; il aura recours au traitement préventif pour en conjurer sinon toutes les conséquences, du moins les conséquences graves. « En même temps, dit Diday, qu'il veille sur les causes, qu'il soit attentif à leurs moindres effets, surtout à leurs premiers effets. Après que les influences précitées ont agi ou sans qu'il se soit douté d'y avoir été soumis, sent-il une sorte de dépression générale mal définissable, une diminution de la sensation normale de force et de bien-être ? Éprouve-t-il quelques élancements, soit dans d'anciennes cicatrices d'ecthyma, soit dans les parties du squelette qui sont le siège de prédilection des jetées tertiaires (tibia, cubitus, sternum, clavicule) ? Le sommeil devient-il plus léger, les sueurs plus faciles, la mémoire moins sûre ? A-t-il moins de confiance en lui-même pour les travaux de cabinet, pour une discussion un peu abstraite, pour les épreuves du lit conjugal ? Eh bien ! ces diverses infériorités sont des avertissements à ne pas négliger. On les rencontrera d'autant plus vite qu'on les aura déjà éprouvées comme prélude d'une précédente poussée tertiaire. Dans ce cas la récurrence n'est pas seulement possible, elle est imminente. »

Il est un facteur non négligeable avec lequel le médecin aura souvent à compter en présence de ces manifestations récidivantes qui déroutent toutes les prévisions : l'abattement, la tristesse, le découragement qui envahissent le malade, impressionné par les retours incessants de la syphilis, sont d'un grand poids dans le pronostic. A ces désespérés, il faudra rendre espoir et confiance. Soutenir le moral défaillant et en même temps encourager le patient dans la persévérance d'un traitement qui assurera la guérison, le mettre en garde contre cette tendance si commune des doses massives de mercure, telle est la tâche que le médecin doit remplir, rôle souvent difficile, mais souvent aussi couronné de succès.

Enfin il est une question spéciale en connexion étroite avec le pro-

nostic même de la syphilis : c'est la question du mariage des syphilitiques.

Un syphilitique peut-il se marier et quand le peut-il ? En présence d'un malade porteur de lésions, l'incapacité est alors flagrante et résulte du danger soit des récidives, soit d'infirmités irréparables, causées par la lésion spécifique. Si pendant les premières années le médecin a constaté chez son malade des récidives fréquentes et sérieuses, il fera bien de reculer le terme du mariage au delà des limites ordinaires. « Toute vérole à manifestations récidivantes et rebelles au traitement, dit le professeur Fournier, est un obstacle temporaire au mariage. »

TRAITEMENT

« En fait de syphilis, guérir est fort beau, mais mieux encore est de prévenir » (A. Fournier). C'est dire quelle thérapeutique il faut opposer aux récidives in situ de la syphilis. En présence de la persistance et de la reviviscence possible des germes, il faut comme conséquence logique agir d'une façon permanente à cause des accidents en imminence. C'est donc à la méthode préventive qu'on aura recours. Cette méthode, défendue avec tant de talent par le professeur Fournier, compte aujourd'hui de nombreux partisans et surtout (un des meilleurs plaidoyers qu'on puisse présenter en sa faveur) elle a de nombreux et éclatants succès à son actif.

Un traitement chronique, une dépuration lente, répétée, échelonnée par stades thérapeutiques successifs sur une série d'années, en même temps qu'ils pourront guérir les accidents présents, donneront ici une garantie sérieuse, une sauvegarde réelle et puissante pour l'avenir. Mieux vaut donc intervenir préventivement et cela même au cours de la période latente, que d'attendre pour agir, l'arrivée des accidents.

Dans la communication qu'il fit en 1890 au Congrès de Berlin, Neumann dit que « le traitement continu à intermittences réglées est scientifiquement justifié par la fréquence des récidives, d'autant mieux que l'iode et le mercure étant en somme des spécifiques, la prolongation de leur emploi peut parfaitement se soutenir. On a reproché à cette méthode de détériorer l'organisme : il n'en est rien, si l'on agit avec soin en tenant compte des indications individuelles. Mais il faut savoir que même avec ce traitement continu à intermittences réglées, classique en France, en Russie et en Italie, on observe souvent des récidives, cela même chez des sujets qui portent encore entre les muscles ou sous la peau des dépôts de calomel, d'huile grise.... ». Mais ces « défaillances du mercure » sont bien rares à côté des cures merveilleuses dont il est capable.

Certes le mercure, dit le professeur Fournier, ne coupe pas court d'emblée à toute manifestation spécifique et n'éteint pas du coup la syphilis. Il n'empêche pas que les poussées ultérieures qui composent le processus normal de la maladie tendent à se reproduire ; mais il atténue progressivement ces poussées comme fréquence de retour et intensité ou gravité des manifestations. Dans les périodes jeunes de la syphilis, c'est-à-dire quand les syphilides cèdent facilement, mais récidivent presque coup sur coup, il ne faut pas s'illusionner sur l'influence thérapeutique. Quelque puissante et incontestable que soit son action sur les accidents, les récidives ne s'en montrent pas moins au début. « La force éruptive est trop grande alors pour qu'il soit possible d'en supprimer toute manifestation. Cependant il faut persister dans le traitement, car il est incontestable que c'est le seul moyen de garantir l'avenir et de procurer l'immunité contre des lésions graves qui ne feraient certainement pas défaut plus tard, si la syphilis était abandonnée à elle-même » (Homolle, in *Diet. Jaccoud*).

Dans l'administration de ce traitement, manœuvrer de façon à réaliser la désaccoutumance est une indication capitale. « Qu'une syphilide papuleuse, dit Fournier, surgisse chez un sujet depuis longtemps en cours de traitement mercuriel, en vain à ce moment accoutumerez-vous à nouveau les doses : l'accoutumance existait, vous n'obtiendriez rien. Mais suspendez toute médication pendant 3, 4, 5 semaines, puis recommencez. Par l'effet du même remède, aux mêmes doses, vous verrez ses propriétés curatives se dessiner de la manière la plus évidente. »

D'autre part, il est bon de ne pas suspendre complètement la médication dès les premiers jours de la guérison. Ce serait s'exposer à voir l'affection repulluler localement à bref délai. On diminuera donc les doses de jour en jour, progressivement.

Il ne faut pas non plus espérer la guérison des récidives rebelles par des doses massives données coup sur coup.

Diday l'a dit depuis longtemps : « Quelle qu'en soit la capacité, un flacon de pilules ne contient pas tout le traitement de la syphilis ». Ainsi un malade (obs. 8) se soumet, dès le début, à une médication exagérée qui, par deux fois, détermine de graves accidents des tomatite et d'anémie ; cependant un phagédénisme qui avait fait de grands

ravages, s'ulcère à nouveau, puis se déclarent des manifestations osseuses dont les unes récidivent peu après la guérison. En un mot, sans dépasser une juste mesure, il faut instituer dans ces conditions un traitement vigoureux dont l'énergie sera proportionnée à la gravité des récidives.

Parfois il faudra savoir varier les préparations pour entraver l'évolution d'une récidive : tel accident rebelle aux pilules de Dupuytren, par exemple, guérit merveilleusement par les frictions ou l'iodure. Des manifestations de la langue (obs. 25) récidivaient continuellement depuis 4 années, malgré le traitement interne. Elles cèdent aux injections de calomel et, bien que le malade continue de fumer, la guérison se maintient.

Mais gardons-nous des panacées : tous les composés mercuriels peuvent avoir leur succès. Quelle qu'en soit du reste la voie d'introduction (tube digestif, système respiratoire, peau, tissus sous-cutanés), il faut savoir subordonner les préparations comme les doses, aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent le malade..... « Quel que soit le mode d'administration, quelle que soit la préparation employée, dit Balzer, le mercure est toujours le mercure, il subit les mêmes transformations et par conséquent reste identique dans son action. »

En présence de ces accidents répétés à maintes reprises, il est un point de pratique qui a ici une grande importance. Le médecin doit s'attacher à trouver une méthode thérapeutique qui ne gêne pas son client dans ses habitudes, sinon le malade ou se traite mal, ou renonce à un système qui lui impose de grandes pertes de temps.

A côté du traitement général par le mercure et l'iodure, associés ou isolés suivant les cas, se place un adjuvant précieux, le traitement local. Cette question importante des antiseptiques locaux dans le traitement de la syphilis a été étudiée tout au long par M. Hallopeau, au Congrès international de thérapeutique de 1889. Les récidives in situ réclament bien souvent l'intervention du traitement topique. A plusieurs reprises, dans le cours de ce travail, nous nous sommes étendu sur sa nécessité et sur sa valeur. Les principales préparations employées sont les applications de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de nitrate acide de mercure, etc., contre les syphilides des muqueuses ; — les bains de sublimé dans le traitement des roséoles et des syphi-

ïides papuleuses généralisées (Kobner Jullien); — les pommades mercurielles, l'emplâtre de Vigo conviennent aux syphilides localisées non ulcérées; — les pansements iodoformés, salolés, les bandelettes de Vigo, l'emplâtre d'Unna rendent les plus grands services dans les ulcérations cutanées.

Au traitement spécifique local et général, la médication tonique, l'hygiène et l'hydrothérapie apportent un contingent sérieux. Les bains sulfureux, les bains de mer, l'hydrothérapie, en favorisant l'activité de la peau, les échanges nutritifs, l'élimination du mercure, relèvent les forces et permettent d'augmenter les doses de médicament; les eaux sulfureuses (Uriage, Luchon, Barèges, Aix-la-Chapelle) sont surtout indiquées dans les syphilis graves, rebelles, malignes, progressives, sans cesse récidivantes, et dans toutes les formes de la syphilis des viscères, réserve faite des cas de syphilis du système nerveux (Besnier et Doyon). Enfin les conditions hygiéniques des stations balnéaires sont des auxiliaires excellents en ce qu'elles éloignent les malades de toutes les causes déprimantes propres aux séjours des grandes villes. Étant donné que les récidives sont dues, comme la première atteinte, à un même microbe ou virus, on s'était demandé s'il n'était pas possible d'en reconnaître cliniquement l'épuisement au moyen des cures sulfureuses. Cette pratique, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, est des plus trompeuses, et ne mérite pas le grand crédit que certains ont voulu lui accorder.

Bien rarement on aura recours au traitement chirurgical; nous avons vu du reste quelle peut être l'influence du traumatisme, qu'il soit de nature opératoire ou autre; nous l'avons vu à propos de l'excision du chancre suivi de la repullulation des mêmes accidents; nous avons cité cependant l'opinion de Watrazewski à propos du chancre redux. Aussi ce n'est en somme qu'après avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques internes et externes qu'on aura recours à cette extrémité.

Ce procédé d'exception ne doit pas entrer dans la pratique courante, bien qu'il puisse parfois trouver des indications. Mais si l'intervention chirurgicale n'a généralement rien à faire contre les manifestations syphilitiques en évolution, son indication devient précise et évidente, après que le processus a atteint son résultat définitif (perforations palatines, iritis, avec synéchies, nécroses osseuses, etc.).

Enfin, il faut bien le dire, parmi les formes anormales de la syphilis, c'est dans ces récurrences in situ qu'on est exposé, quoi qu'on fasse, aux insuccès thérapeutiques les plus décourageants. Ici on craint de favoriser l'accoutumance par une médication prolongée et, dès que le traitement est suspendu, les accidents reparassent. Là on espère juguler une poussée nouvelle par des doses massives, mais la syphilis défie toutes les ressources de l'art et continue son évolution d'une façon inexorable. Ailleurs, ce que le traitement seul n'a pu donner on compte l'obtenir « du temps, ce grand effaceur de toutes choses » ; mais, même combinée à la médication, l'influence du temps reste vaine.

Combien de fois avons-nous, vu dans le service de notre éminent maître, des syphilis qui semblaient empreintes de la plus grave malignité céder comme par enchantement au traitement spécifique, tandis que des accidents récidivants et en apparence insignifiants opposaient à la médication antisiphilitique une ténacité désespérante ! Ces cas rebelles où la thérapeutique la mieux entendue se heurte à une résistance opiniâtre, seraient tout à fait démoralisants, s'ils n'étaient ce que par bonheur ils sont en réalité, à savoir exceptionnels ! Et si en fait de syphilis on doit tout redouter, il ne faut jamais désespérer de rien.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis bénigne et traitée. 3 récidives in situ du chancre pendant les 11 premiers mois de la maladie.* — P..., 19 ans, préparateur de chimie. En septembre 1890, chancre syphilitique de la rainure balano-préputiale, suivi de roséole. Perte de poids de 6 livres.

Pendant l'année qui suit cet accident, P... prend durant 11 mois une pil. de protoiodure de mercure, n'interrompant le traitement que pendant un mois. Jusqu'au 31 octobre 1891, il ne remarque d'autre accident que 3 retours in situ du chancre, accompagnés d'induration. La santé générale reste toujours excellente.

29 juillet 1892. Guéri d'une blennorrhagie contractée en mars et ayant cessé tout traitement antisiphilitique depuis cette époque, il prend à titre préventif le traitement mixte (protoiodure et iodure). Aucun accident spécifique.

Obs. 2. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis bénigne et traitée. Chancres redux survenant 9 et 10 ans après l'accident primitif.* — M..., docteur en médecine. Chancre induré de la verge en 1862, suivi de quelques accidents secondaires légers (syphilides gutturales et cutanées). Traitement mixte suivi par saison (protoiodure et KI).

Plus tard, quelques éruptions superficielles d'ecthyma sur les jambes.

En 1871, chancre redux de la verge, induré et sans adénopathie, survenu exactement à la place de l'ancien, et cela six mois après tout rapport suspect.

En 1872, nouvel accident presque identique à la même place.

Périostose du palais (?)

Obs. 3. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Chancre de la paupière et syphilide tuberculeuse indurée à ce niveau 10 ans après.* — I... En 1871, chancre induré de la paupière supérieure traité pendant peu de temps seulement.

En 1878, « lésion syphilitique du nez ».

En 1881 (janvier), syphilide tuberculeuse de la paupière supérieure, survenue exactement à l'emplacement du chancre il y a un mois.

La paupière est rougeâtre et excessivement indurée, en même temps le malade présente une syphilide tuberculo-ulcéreuse du pénis.

Obs. 4 (personnelle). — *Phagédénisme tertiaire du gland éclatant au siège même du chancre. Syphilis maligne précoce survenue chez un individu alcoolique et antérieurement paludéen.* — D..., Louis-Jean, 49 ans, journalier, entre, le 24 juin 1884, salle Saint-Louis.

Soldat pendant 14 ans, il a eu au Mexique et en Afrique les fièvres intermittentes ; en 1868, blennorrhagie ; alcoolisme.

En janvier 1883, chancre syphilitique situé à gauche du méat. Quelque temps après, plaques muqueuses à la gorge pour lesquelles le malade a pris de l'iodure et du chlorate de potasse.

En juillet 1883, apparition de syphilides papuleuses sur tout le corps pour lesquelles le malade a été traité 17 jours à l'hôpital St-Louis.

Quelque temps après sa sortie se sont montrés sur le gland de petits boutons dont le développement aurait déterminé les lésions qu'on constate aujourd'hui :

La moitié gauche du gland est en grande partie détruite ; là même où avait siégé le chancre, elle offre une cicatrice irrégulière, rétractée, anfractueuse, à bords taillés à pic. Sur le reste du gland on trouve des ulcérations tantôt circulaires, tantôt irrégulières, mais toujours excavées et de petites dimensions. Parmi ces ulcérations, la plus considérable siège sur le côté droit du gland près du frein ; elle offre le diamètre d'une pièce de 50 centim., un contour régulier, à peu près circulaire, des bords taillés à pic et un fond inégal, rouge, granuleux d'aspect ; elle daterait de 8 à 10 jours. Derrière cette ulcération on en trouve une autre punctiforme et enfin une cicatrice demi-circulaire pareille à celle de gauche. Le méat urinaire est déformé à cause de la destruction partielle de ce côté du gland.

Quelques îlots de syphilides tuberculeuses sont disséminés sur le corps.

2 juin 1888. Syphilides tuberculeuses du cou ; syphilides gommeuses indurées de la verge récidivant sur d'anciennes cicatrices. Le malade sort guéri, après un traitement mixte, le 23 juin.

Obs. 5. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Indurations récidivant deux fois au siège des chancres.* — G..., 56 ans. En septembre 1878, chancres de la verge pris d'abord pour de l'herpès, maux de gorge. Traitement homœopathique.

En mars 1879 le malade souffre de douleurs nocturnes « atroces » dans les tibias ; il présente une éruption de syphilides papuleuses et papulo-tuberculeuses sur le front ; sur les membres les éléments sont papuleux ; en même temps il est atteint d'une iritis datant de 9 jours lorsqu'il vient consulter M. Fournier ; celui-ci lui prescrit 10 centigr. de protoiodure et un collyre à l'atropine. Quelques jours plus tard, en présence des gencives un peu irritées, le mercure est supprimé et remplacé par l'iodure. Après 3 semaines, les douleurs tibiales ont disparu, l'iritis semble guérie, l'éruption est simplement maculeuse ; mais en avril survient une recrudescence

de l'iritis qui dure peu. Le traitement mercuriel, qui avait été repris, doit encore être supprimé.

En mai, périostite épitrochléenne qui guérit avec l'iode.

En juin et juillet, le malade se plaint de céphalée, il s'anémie, la physiologie est pâle et altérée. Les indurations des 2 chancres de la verge se sont reproduites in situ, elles forment 2 disques de consistance cartilagineuse. Quinquina; eau de Pullna.

En avril 1880. Même récurrence en forme de disques aplatis, avec érosion circonscrite au centre de leur surface qui vont s'élargissant pendant 3 jours, mais guérissent en une dizaine de jours, sous le traitement mixte auquel on adjoint une pommade au calomel.

Obs. 6. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. — *Syphilis maligne précoce. Syphilides phagédéniques du gland au siège primitif du chancre cicatrisé.* — C .., chancre en juillet 1874; cicatrisé au bout de peu de temps (un mois environ), mais suivi presque immédiatement d'ulcération phagédénique du gland qui ne fait que s'étendre dans la suite.

En février 1875, on constate des syphilides phagédéniques du gland. Celui-ci est aux 3/4 détruit. En même temps syphilides ulcéreuses qu'on cautérise.

Comme traitement antérieur, pansements avec pommades mercurielles, quelques pilules de Sédillot.

On prescrit KI (4 grammes par jour), huile de foie de morue, gargarismes; pansements à l'iodoforme. Amélioration rapide; on ajoute au bout de quelques jours, le protoiodure au traitement précédent.

En mai, périonyxis du gros orteil, dont l'ongle était déjà anciennement malade, décollé. L'ulcération du gland est guérie.

En mai, syphilides plantaires nummulaires, papuleuses, rouges.

En janvier 1876, le malade, très frileux antérieurement, accuse encore une plus grande sensibilité au froid; repos dans le traitement.

En juin, taches pigmentaires du cou.

En juin 1878, hydrocèle à droite.

Obs. 7. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis maligne précoce. Chancre phagédénique. Réulcération in situ.* — W..., chancre phagédénique gangreneux cicatrisé.

Nouvelle ulcération in situ depuis.

Deux mois après le chancre, 8 juillet 1862, phimosis œdémateux. Syphilides ecthymateuses. Adénite cervicale. Traitement: protoiodure d'hydrargyre.

26 septembre. Ecthyma énorme du front. Traitement: protoiodure, iodure de potassium, bains de vapeur, etc.

4 octobre. Cicatrisation presque complète des rupias.

Obs. 8. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. — *Syphilis maligne précoce. Chancre du gland avec phimosis. Phagédénisme, récidue. Ostéomes gommeux du front, récidue. Accidents cérébraux.* — L..., 28 ans. En octobre 1880, chancre du gland avec phimosis non réduit. Traitement mercuriel exagéré (4 pilules par jour) amenant une stomatite au 10^e jour. En janvier 1881, frictions à outrance (nouvelle stomatite épouvantable) et diète sévère. Le chancre persiste.

En avril, amaigrissement prononcé, anémie, excitation cérébrale atteignant parfois au délire. Pas de manifestation syphilitique sur la peau ni sur les muqueuses. Pas d'adénopathies.

Section du prépuce après chloroformisation; le chancre phagédénique a détruit les 4/5 du gland. Pansement à l'iodoforme, toniques. Amélioration consécutive, mais quelques jours après accès de manie aiguë. Le chancre se cicatrise en partie pour s'ulcérer de nouveau ensuite.

Le malade prend pendant 4 mois l'iodure de potassium à la dose de 3 à 5 grammes par jour. État général mauvais.

Deux hyperostoses considérables se développent quelques jours après l'accès de manie, au niveau du front, du tibia droit et du péroné gauche.

7 novembre. 3 ostéomes gommeux du front à consistance molle, on sent au-dessous d'eux profondément, la surface rugueuse du crâne.

Reste d'érosion du gland.

Obs. 9. (*The med. Record*, avril 1877.) — *Chancre récidivant de la verge suivi d'épithélioma.* — Le 13 septembre 1876, un homme de 65 ans fut admis à King's College Hospital. Sept ans avant il avait eu un chancre, suivi, un mois après, d'une éruption secondaire cutanée et de douleurs plus fortes la nuit dans les jambes. Le chancre se ferme graduellement, mais douze mois après, il réapparaît à son ancienne place à la suite d'excès de boisson; il se ferma de nouveau en 3 semaines, puis revint 4 ou 5 fois. Le malade dit que ces réapparitions avaient toujours été précédées d'excès alcooliques et n'avaient jamais été dues à de nouveaux rapports sexuels.

Pas d'antécédents héréditaires de cancer.

Six semaines avant son admission, une ulcération s'était montrée à la place ordinaire, mais au lieu de se fermer dans le temps accoutumé, elle s'était étendue et avait aussi été le siège d'une grande douleur, symptôme qu'elle n'avait pas présenté avant.

À l'entrée du malade à l'hôpital, on trouvait des taches brun rouge sur la poitrine et l'abdomen. La moitié gauche du gland était excessivement indurée dans la profondeur; à la surface, elle présentait une ulcération irrégulière, érodée et légèrement nodulée, dont la base était indurée et qui était recouverte par places d'une partie mortifiée verdâtre: bords élevés, renversés, légèrement nodulés; très peu de suppuration. L'induration s'étendait en arrière et comprenait la partie antérieure du pénis, se fondant graduellement avec le tissu normal; la partie était très douloureuse et

sensible à la pression. Le long de la racine de la verge, il y avait une corde indurée, irrégulière, interrompue, douloureuse. Les ganglions inguinaux durs, lobulés, semblaient plus volumineux qu'on ne les rencontre ordinairement dans la syphilis. Le malade était émacié et cachectique ; on proposa l'amputation de la verge, mais le malade n'y consentit pas.

Obs. 10. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Noyau d'induration survenant au siège du chancre 27 ans après. Syphilis bénigne, mais traitée.* — D..., Edmond, 43 ans. Un noyau d'induration, probablement une gomme scléreuse, se montre au commencement d'août 1891, exactement sur l'emplacement de l'ancien chancre. Celui-ci, contracté à l'âge de 16 ans, fut suivi d'accidents légers, mais traités d'une façon prolongée pendant 4 à 5 années (KI et Hg). A la fin de novembre, l'induration avait diminué de moitié sous l'influence des pilules de Dupuytren et de l'iodure. Jamais d'autres manifestations que celles du début.

Le malade est revu en octobre 1892 ; il se plaint de palpitations. Il n'y a plus trace de l'induration précédente.

Obs. 11. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Six récidives de roséole. Syphilis traitée.* — X..., 23 ans, étudiant en droit. Chancres herpétiformes de la verge, en novembre 1887, dont il ne reste plus qu'une cicatrice un peu indurée au milieu de décembre. Adénopathie inguinale gauche. Protoiodure 6 janvier 1888. Roséole disséminée, effacée au commencement de février. Érosion de la gorge.

Fin février. Apparaissent quelques taches de roséole.

En mars. On constate une roséole annulaire à côté de larges taches à contours indécis qui persistent encore à la fin d'avril.

Au milieu de juin. Nouvelle éruption discrète d'une roséole tout à fait spéciale par sa disposition en grappe.

En septembre. Quelques plaques muqueuses périanales. Depuis le début le malade s'est toujours soigné (5 à 10 centigr. de protoiodure).

En mars 1889. Quelques taches de roséole discrète qui récidive encore en septembre sous la même forme.

En 1891. Aucun accident. L'état général est satisfaisant.

En août 1892. Syphilides tuberculeuses du nez. 2 pilules protoiodure.

Obs. 12. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis bénigne et traitée. Trois récidives de roséole.* — X..., 37 ans. Le 28 juin 1887, présente une érosion du prépuce, qu'un médecin a qualifiée d'herpès.

En septembre. M. Fournier constate une cicatrice très fortement indurée, accompagnée d'une double adénopathie inguinale, et des syphilides papuleuses discrètes sur le tronc, les bras et la paume des mains. Le traitement spécifique est prescrit à partir de ce moment (1 pil. protoiodure).

A la fin de septembre, les syphilides sont à peu près effacées, mais adénopathie et l'induration de la cicatrice persistent.

En août 1888. Le malade, qui s'est traité jusque là, présente une roséole de récurrence discrète, formée seulement de quelques taches qui disparaissent en septembre.

En mars 1889. Même récurrence.

En septembre. 3^e récurrence.

En mai 1890. Érosion labiale, peut-être syphilitique.

OBS. 13. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Récurrence de roséole*. — M^{me} F. B... m'est amenée par son mari (syphilitique) le 13 mai 1892 ; elle présente une roséole ortiée ; aucune plaque muqueuse ; nulle part de ganglions, ni de cicatrice, ni de traces d'un accident primitif ; le col de l'utérus seul n'a pas été examiné, rien aux aines. Traitement : protoiodure, 5 centigr.

3 juin. Début de syphilide pigmentaire au cou. Syphilides palmaires des deux côtés. Pas de plaques muqueuses.

Le 11. Roséole de retour à larges plaques généralisée. Hypertrophie amygdalienne. Alopécie. Anorexie. Amaigrissement : 122 livres au lieu de 128.

OBS. 14. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis traitée ; roséole de retour*. — M. M..., 23 ans, professeur d'allemand, se présente le 12 janvier 1889, porteur depuis 3 semaines d'une roséole de retour et de plaques muqueuses palatines cerclées. Il est syphilitique depuis 6 mois 1/2 : en juillet 1888 il a eu un chancre induré suivi de roséole ; il a pris des pilules pendant 3 mois au début.

OBS. 15. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis traitée ; 3 roséoles de retour. Syphilides linguales et amygdaliennes récidivantes. Tabac*. — Georges D..., sujet à l'herpès génital, se présente, le 28 mai 1889, porteur d'un chancre syphilitique du prépuce en voie de cicatrisation, contracté le 25 mars et apparu le 25 avril. Ce chancre présente une large induration et est accompagné d'une pléiade ganglionnaire gauche et d'une roséole sortie le 25 mai, mais plus abondante depuis 2 jours.

24 juin. Syphilides papuleuses discrètes généralisées. Syphilides amygdaliennes. Perte de poids : 1 à 2 kil. ; facies excellent.

A pris en 5 jours 25 centigr. de protoiodure. Maux de tête intolérables qui ont disparu depuis qu'il a cessé les pilules (?)

Traitement : pilules de Dupuytren de 1 centigr.

9 septembre 1889. Roséole de retour papulo-ortiée par places. Pilules de protoiodure.

12 février 1890. Il est au traitement presque continu (protoiodure) depuis juin 1889. A eu 2 poussées de plaques muqueuses et de la roséole de retour, enfin une laryngite spécifique rebelle, guérie instantanément par

une grippe à forme musculo-nerveuse gastrique, soignée par moi en janvier 1890.

14 mars 1890. Quelques points de gale discrète.

14 avril 1890. 3^e atteinte de roséole de retour en cercles et en taches. Coryza. Prurit dû à la gale antérieure. Sirop de Gibert.

15 octobre 1890. Bonne santé générale. A regagné 5 kil. cet été en 3 mois. A fait 12 mois de traitement sur 13.

Une petite plaque muqueuse au bord de la langue (dents).

9 novembre. Syphilides amygdaliennes; en a eu tout cet été. Syphilides linguales. Fume.

31 août 1891. Plaques muqueuses linguales multiples. Fume toujours.

OBE. 16. — (Complétée. Voir MORIN, thèse 1888 et G. BAUDOUIN, thèse, 1889.) *Roséole, 3 récidives; syphilides psoriasiformes palmaires, récidives multiples; syphilides secondaires au pourtour d'accidents primitifs des lèvres. Iritis, récidive.* — P..., Madeleine, 24 ans, couturière, entre, le 19 septembre 1887, dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, présentant 3 chancres indurés: 2 à la lèvre supérieure, 1 à la lèvre inférieure avec un ganglion dur et indolent de l'angle sous-maxillaire droit. (Voir l'observation publiée par M. Morel-Lavallée, chef de clinique. *Ann. de dermat.*, novembre 1887.) Elle est soumise au traitement spécifique. Le poids de la malade qui au 27 septembre était de 47 kil., atteint le 12 octobre 49 kil.

23 octobre. Les chancres sont cicatrisés; il ne reste qu'un gonflement de la moitié droite de la lèvre supérieure et une adénopathie assez volumineuse correspondante. Mais alors survint une typhose syphilitique grave qui dura 43 jours. Au cours de cette fièvre d'infection, la roséole s'effaça pour faire place à une éruption intense de syphilides papuleuses.

10 novembre. Au cours de cette poussée apparurent aux mains des syphilides papuleuses confluentes sous formes de cercles cuivrés. Rien aux pieds.

Le 18. Éruption papuleuse sur la face avec confluence autour du nez, de la cicatrice chancreuse, sur le front. Syphilides érosives linguales. Syphilides papuleuses nummulaires des avant-bras et du dos de la main.

Poids, 47 kil.

4 décembre. La malade a regagné un kilogr. : 48 kil.

Le 28. Les papules de la face ont disparu, sauf sur le front et autour de la cicatrice chancreuse.

2 janvier 1888. La malade, remise des diverses manifestations syphilitiques et d'une stomatite mercurielle assez intense, a cessé d'avoir de la fièvre. L'état général est sensiblement meilleur, l'appétit et le sommeil sont complètement revenus. Toutefois, une nouvelle éruption de syphilides papulo-squameuses se montre au bras droit. Poids, 48 kil. 750.

Le 21. Au milieu d'une santé parfaite survint une seconde poussée de

syphilides palmaires (récidive). La malade sort à cette époque. La *cicatrice des chancres* a complètement disparu. Pendant ces 4 mois de séjour à l'hôpital, la malade avait pris des pilules de protoiodure, puis de tannate de mercure, des frictions mercurielles enfin.

Dans le courant de février, la malade rentre dans le service pour une glossite scléreuse superficielle, qui s'améliore pendant la 1^{re} moitié de mars, sous l'influence du traitement.

22 mars. Nouvelle poussée de syphilides sur le voile et les amygdales; fièvre, violents frissons. Tuméfaction douloureuse des ganglions cervicaux.

Le 23. Rien de nouveau à la visite du matin, la malade se sent bien, elle n'a pas de fièvre. Celle-ci et les frissons reparaissent vers midi, pour durer toute l'après-midi, toute la soirée et une partie de la nuit; à 4 heures de l'après-midi, T. 38°, 7.

Le 24. Apyrexie, le matin 37°, 6; comme la veille, la malade se sent bien jusque vers midi, et c'est alors que la fièvre et le frisson la prennent. A 4 heures de l'après-midi, 39°, 4.

Les 25, 26 et 27. Même état.

Le 28. Dans la matinée la malade n'éprouve pas l'amélioration habituelle: elle souffre vivement de la tête et se montre très abattue.

Le 29. Amélioration très sensible.

Le 31. La malade complètement remise quitte l'hôpital. Les syphilides buccales ont presque complètement disparu. Lèvres encore un peu grosses. La partie de la langue qui était sclérosée a presque complètement perdu sa dureté.

Pas d'analgésie. Poids, 48 kil. 1/2.

13 avril. La malade rentre dans le service au bout de 15 jours, présentant un adéno-phlegmon de la région cervicale gauche, et à droite, dans la région correspondante, un empâtement très prononcé. Un peu de dysphagie et de difficulté à parler.

Le 15. D'après le conseil de M. Lucas-Championnière qui voit la malade, on fait des applications d'onguent napolitain sur le cou.

Le 17. M. le Dr Championnière ouvre le phlegmon gauche, après anesthésie par le chlorure de méthyle. Pansements quotidiens iodoformés. On continue les applications d'onguent belladonné sur le côté droit du cou, également tuméfié. Au bout de quelques jours, on est obligé d'ouvrir également l'abcès développé de ce côté.

A partir de ce moment la guérison marche rapidement. *Pendant toute la durée de ce séjour la malade n'a présenté aucune manifestation syphilitique.*

Le 1^{er} juin elle part pour le Vésinet où elle passe 19 jours. Poids, 47 kil.

27 juin 1888. La malade se présente de nouveau à la consultation du mercredi; elle est atteinte de *syphilides palmaires et plantaires*, de syphilides commissurales, de syphilides érythémateuses. Alopecie très

abondante, d'autant plus remarquable que, jusqu'à cette époque, la malade n'avait pas encore perdu de cheveux. Iritis de l'œil droit, qui a débuté le 19 juin (au 10^e mois de la syphilis); l'inflammation n'est pas aiguë. L'injection vasculaire périkeratique se présente sous forme de vaisseaux fins, s'irradiant tous à partir de la périphérie de la cornée. Les vaisseaux ont une teinte rouge un peu violacée. La pupille est irrégulière par suite de quelques synéchies. La douleur n'est pas très accentuée, mais elle est réveillée par la pression sur le globe oculaire. On note de l'épiphora, la malade se plaint de moucher beaucoup de la narine droite. La vue est un peu obscurcie. Aux mains, c'est la 4^e *récidive de syphilides*; celles-ci ont débuté aussitôt le départ de l'hôpital, c'est-à-dire dans les premiers jours de juin. Aux pieds, elles ont apparu il y a une quinzaine de jours et ont occasionné une démangeaison assez forte qui a attiré de ce côté l'attention de la malade.

Les *syphilides érythémateuses* remarquées, il y a environ huit jours, par la malade, sont constituées en général par des taches ovalaires ou elliptiques, très confluentes dans la région dorsale, coalescentes même. On en observe quelques-unes sur les bras, dans le sens de l'extension; ainsi que des macules d'anciennes syphilides papuleuses. On n'en voit pas à la poitrine ni à l'abdomen.

Aux avant-bras et dans le sens de l'extension, sur les taches de roséole on remarque de petites saillies constituées par les follicules pileux hypertrophiés. C'est la 3^e *récidive de roséole*. La malade se trouve assez bien, l'état général est même meilleur qu'au moment de sa sortie au 1^{er} juin. La figure n'est plus pâle, mais rosée. L'appétit est bon. Pas de troubles gastriques. Pas de céphalée. Poids, 48 kil. 500.

Traitement : frictions mercurielles 4 gr.; KI 4 gr. Vin de gentiane.

À propos des récidives de syphilides palmaires, la malade dit que chaque poussée est annoncée par une démangeaison continuelle et insupportable, durant jusqu'au moment où les syphilides desquamant et rétrogradent.

Syphilide pigmentaire du cou en voie d'effacement. A la sortie, poids 49 kil.

En octobre, *nouvelle éruption* de syphilides papuleuses (*mains, pieds, joues*).

En novembre, *seconde atteinte d'iritis*, qui ramène la malade à l'hôpital.

En 1890. *Nouvelle poussée tenace de syphilides palmaires* pour laquelle on prescrit à la malade un traitement mixte, à l'hôpital Beaujon.

En août 1892, nous revoyons la malade dont l'état général est excellent.

Bien que, depuis deux ans, elle n'ait, pour ainsi dire, suivi aucun traitement spécifique, elle n'a eu aucun accident syphilitique, sinon *des syphilides palmaires psoriasiformes sans cesse récidivantes*, dont la malade ne compte plus les multiples poussées.

En septembre 1892, les accidents palmaires ont à nouveau rétrogradé spontanément.

C'est à plusieurs titres, que le cas de cette malade, dont nous avons pu, ainsi que M. Morel-Lavallée, suivre l'observation depuis le début jusqu'à ce jour, est intéressante : Résumons-la en quelques lignes :

En septembre 1887 : 3 chancres syphilitiques des lèvres, autour desquels, plus tard, viennent évoluer des accidents secondaires.

En octobre, novembre, décembre : typhose syphilitique dont l'observation est rapportée dans la thèse de Morin. Poussée intense de syphilides papuleuses.

En janvier 1888. Récidive de syphilides palmaires.

En février. Glossite scléreuse superficielle.

En mars. Accidents secondaires et accès fébriles violents.

En avril. Adéno-phlegmon du cou coïncidant avec un silence complet de la syphilis.

En juin. 3^e Récidive de roséole et de syphilides palmaires. Alopécie. Iritis.

En octobre. Nouveaux accidents cutanés.

En novembre. Récidive d'iritis. Puis récurrences palmaires incessantes jusqu'en 1892.

Pendant ses divers séjours à l'hôpital, jamais la malade, examinée à plusieurs reprises, n'a présenté d'accidents génitaux spécifiques. Interrogée par nous à ce sujet, elle dit que depuis, jamais non plus, elle n'a rien observé. A propos de cette malade, notre ami, le Dr Beaudouin, dans sa thèse (*Syphilis graves précoces*) redoutait pour l'avenir une syphilis grave. Jusqu'alors, la marche de la maladie semble en contradiction avec ce jugement. Cependant, le dernier mot n'est pas dit encore, mais nous pouvons à bon droit, croyons-nous, attribuer au traitement sérieux que la malade a suivi dès le début, une large part dans l'heureuse modification qui a été imprimée à l'évolution aujourd'hui bénigne de la syphilis (1).

OBS. 17. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis à manifestations incessantes, mais bénignes. Roséoles multiples. Syphilides palmaires récidivantes. Traitement.* — De Fl..., Léon, 32 ans. Lichen circonscrit de la cuisse droite.

Fin août 1887. Chancre syphilitique du périnée, soigné par M. Fournier. Roséoles multiples (5 ou 6) très sensibles au traitement.

De Fl..., a pris, de 1887 à 1890, 800 pilules de protoiodure et n... litres d'iodure.

Mars 1891. Encore une roséole de retour ; syphilides palmaires récidivantes : petites papules à Uriage.

(1) Cette observation et quelques autres marquées d'un astérisque (*) ont été publiées en partie dans la thèse inaugurale de notre excellent ami le Dr G. Beaudouin. Elles ont trait à des malades, que nous avons connus à une époque où tous deux avions l'honneur d'être attachés au service de M. le professeur Fournier. Personnellement nous avons pu ultérieurement suivre ces maladies dont nous avons complété l'observation.

Avril 1891. Une injection d'oxyde jaune n'est pas tolérée ; on fait alors plusieurs injections d'huile grise. Les syphilides palmaires paraissent s'exagérer pendant le traitement mercuriel, et prennent l'aspect des arthritides palmaires, de lésions non syphilitiques ou seulement par parasysphilitiques ; M. Fournier consulté à nouveau, affirme la syphilis le 25 juillet ; c'était aussi l'avis du Dr Doyon, à Uriage.

Août et septembre. Saison à Luchon.

Novembre. Récidives des lésions palmaires ; 17 ou 19 injections de peptonate sur le conseil de M. Fournier.

Mars 1892. Aucun accident ; cependant, après avoir consulté M. Fournier, le malade vient se faire injecter du peptonate (8 injections).

12 avril. Une injection d'huile grise.

16 mai. Syphilide papuleuse scrotale non circonscrite, mais discoïde, laquelle persiste encore et ne semble nullement influencée par des injections d'huile grise faites en juillet et août.

Août. Saison à Luchon. Herpès du sillon balano-préputial.

Novembre 1892. Depuis 2 mois le malade a interrompu tout traitement. La syphilis du scrotum a disparu un moment ; mais depuis quelques jours la même région est envahie par des accidents de même nature, mais bien serpigineux, festonnés cette fois. A côté de ces syphilides tout à fait superficielles et recouvertes de fines lamelles épidermiques blanchâtres on trouve des papules isolées, ceintes d'une collerette squameuse.

Obs. 18 (personnelle). — *Syphilides palmaires récidivantes*. -- D..., Marie, 38 ans, couturière, se présente le 10 septembre 1892 à la consultation de M. le professeur Fournier, où elle vient déjà depuis longtemps se faire soigner.

L'éminence thénar et la paume de la main droite sont envahies par un groupe d'une trentaine de syphilides, formant par leur ensemble une figure à bords onduleux, à grand axe vertical. L'épiderme est craquelé et soulevé sur les contours de chacun de ces éléments ; sur les plus petits il a un aspect plâtreux. L'éruption est d'un rouge vif, luisant, vernissé ; jamais elle ne s'était montrée aussi étendue.

En effet, elle a débuté en mai 1891, elle était alors formée d'un groupe de 5 à 6 éléments petits, siégeant sur le thénar. Depuis cette époque jamais la main n'a été indemne complètement ; les syphilides psoriasiformes disparaissaient en un point pour reparaitre ailleurs et envahir, quelques semaines plus tard, la région primitivement affectée.

En outre le malade présente aujourd'hui sur la face dorsale de cette main droite, entre l'annulaire et le médus, une syphilide tuberculeuse sèche ; sur la face externe de l'avant-bras gauche on trouve trois autres éléments de même nature. La main gauche ne présente aucune éruption.

Malgré un traitement mixte, qui a même déterminé aujourd'hui un peu de gingivite rétro-molaire, les lésions ne rétrocedent que difficilement.

L'origine de cette syphilis semble remonter à l'année 1890. En mai, D...

eut une hémorrhagie abondante, suivie d'un avortement de 2 mois 1/2. Pendant sa convalescence, 6 ou 7 semaines plus tard, apparut à la main droite une éruption d'une dizaine de petites papules à collerette épidermique, rouges et vernissées, en même temps se montrèrent quelques érosions sur la langue et à la vulve; les cheveux tombèrent pendant 3 semaines environ. Le médecin consulté prescrivit des frictions mercurielles.

En février 1890, elle accouche à terme, cette fois, d'un enfant sain en apparence; mais vers le 2^e mois celui-ci présenta à la face une éruption assez abondante, il dépérit rapidement, eut de la diarrhée et mourut 15 jours plus tard, après avoir subi des frictions avec une pommade au calomel. Lors de cette couche, la mère n'eut aucun accident spécifique; elle resta indemne jusqu'en mai 1891; à cette date apparurent les syphilides palmaires, pour lesquelles on lui conseille aujourd'hui de prendre 3 grammes d'iode par jour, et de recouvrir l'éruption avec de petits carrés de Vigo. Les pilules de Dupuytren sont suspendues pendant quelques jours, en prévision d'accidents mercuriels.

Nous ne trouvons, à part une pleurésie faite en 1888, aucun facteur de gravité. La malade se sert de préférence de cette main pour travailler.

Le 30 septembre 1892. L'éruption a beaucoup pâli; les lamelles épidermiques qui entouraient la base des éléments sont tombées.

Même traitement; les gencives sont encore trop enflammées pour que la malade puisse prendre du mercure.

OBS. 19. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Récidives de roséole cerclée. Syphilis traitée.* — F..., Georges, 20 ans. En septembre 1866, chancre suivi de roséole papuleuse, de plaques buccales, d'adénopathies. Pour ces divers accidents il a pris des pilules de sublimé, de l'iode (5 gr. de bichlorure et 60 gr. de KI) jusqu'à la fin de juin 1867, époque à laquelle il est vu, par M. Fournier, porteur de quelques papules squameuses circinées, cerclées. Il prend de l'iode jusqu'en septembre. Alors reparaissent, sans modification de la santé, quelques cercles rubéoliques légèrement papuleux, les uns pleins, les autres circonférentiels. Protoiodure, 6 centigr.

En novembre, quelques petites ulcérations sur les lèvres et la langue; il est un peu pâle et prétend que les pilules l'affaiblissaient.

En décembre, petites plaques à la langue et aux lèvres. Le malade est fumeur.

Depuis quelque temps plaque papuleuse annulaire au front; KI, 2 gr.

En mars 1868, plusieurs syphilides papuleuses cerclées, fondues, obscures, sur l'avant-bras et les cuisses surtout, de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

En avril, plusieurs grands cercles de roséole annulaire à centre sain, disséminés, à peine apparents; quelques-uns persistent encore, malgré le traitement interne, en août, sur les membres supérieurs.

En avril 1869, même éruption cerclée et pâle sur les bras qui disparut en juillet; frictions mercurielles.

En janvier 1870, à la suite de fatigues de travail et d'excès de coït, sent une faiblesse dans le côté droit, tremble en écrivant, marche en tirant la jambe; amélioration après 10 jours de traitement ioduré.

Mais en juin, excès de coït continus; engourdissements des membres inférieurs, fourmillements dans les pieds; sent mal le sol; plus tard maux de tête, somnolence; ces symptômes sont presque tous disparus en juillet, sous l'influence de l'iodure et des bains sulfureux.

Obs. 20. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis ignorée. Syphilides papuleuses bipalmaires, 3 récidives. Roséole de retour.* — G. M..., ingénieur. Syphilis à début ignoré.

13 août 1888. Papules squameuses à collerettes, symétriques aux deux mains; à la plante des pieds, éruption simplement maculeuse, mais symétrique aussi. Adénopathies bi-inguinales, occipitale, cubitale droite légère. Traitement: 10 centigr. de protoiodure par jour. Orezza.

Le 29. Les papules ont pâli; le malade se trouve mieux, croit avoir augmenté de poids. Congestion gingivale.

31 octobre. A suivi depuis 2 mois un traitement au sirop de café biioduré. Les papules palmaires ont entièrement disparu. Adénopathies disséminées. Pas de plaques muqueuses. Santé générale excellente.

31 décembre 1888. Quelques nouvelles syphilides palmaires. Roséole de retour.

4 mars 1889. Nouvelles syphilides bipalmaires discrètes en 8 de chiffre. Aucun accident muqueux. Santé excellente.

Ces accidents guérissent en 2 mois par le traitement mixte (protoiodure, 5 centigr.; iodure, 2 gr.). Le malade fait une saison à la Bourboule.

Le traitement spécifique est suspendu jusqu'au 4 avril 1890.

A cette époque il présente sur les bords de la langue des plaques de tylose et en outre sur le dos de la langue d'autres plaques demi-scléreuses blanchissant légèrement par le nitrate d'argent. Pommade salicylée et traitement mixte.

23 juillet 1890. Les plaques dorsales de la langue ont disparu tandis que la tylose de la périphérie persiste. En présence de quelques rugosités dentaires, le malade est adressé à un dentiste.

Depuis sa dernière visite le malade a fait 2 mois de traitement.

25 octobre 1890. Légère alopécie des moustaches et des sourcils. Protoiodure.

Obs. 21 (personnelle). — *Récidives de syphilides de la verge, puis de syphilides érosives buccales chez un fumeur. Syphilis bénigne et traitée.* —

En mai 1887, W..., âgé de 22 ans, étant au régiment, remarque, une vingtaine de jours après coït avec une fille publique, une érosion du prépuce, indolente, de peu d'étendue, à laquelle il n'attache qu'une faible importance.

Fin juin survint une éruption rosée formée de taches arrondies, généralisée à tout le corps (tronc, face et membres). Cet exanthème était totalement ignoré du malade ; ce sont ses camarades qui le lui font observer en lui disant qu'il a la rougeole. Ce diagnostic fut confirmé par le médecin-major, et le malade fit un séjour de 3 semaines à l'hôpital, sans avoir jamais éprouvé le moindre phénomène fébrile et aussi, il faut ajouter, sans jamais avoir parlé de l'éraillure de la verge et de l'adénopathie bi-inguinale qui l'accompagnait. A quelque temps de là, M. Mauriac confirme le diagnostic de chancre syphilitique, porté par un médecin de la ville peu auparavant, et institue un traitement local et général (pommade au calomel, sirop de biiodure d'hydrargyre ioduré). Ce traitement est mal supporté (maux de dents, angine).

Bientôt surviennent des accidents secondaires du côté du gland, constitués, les uns par de petites saillies papuleuses, les autres par des érosions arrondies et superficielles. Malgré un traitement local et général (pommade au calomel et liqueur de van Swieten), ces manifestations provoquent une balanite intense.

Pendant toute la première année de l'infection, avec des intervalles variant de 15 jours à 1 mois, les mêmes papules et érosions se montrent dans le sillon balano-préputial, l'ancienne cicatrice du chancre restant constamment indemne de récurrence, mais pigmentée. En même temps, pendant les 8 premiers mois, des maux de tête violents apparaissent chaque nuit et empêchent tout sommeil. L'iodure de potassium, administré plusieurs fois à faible dose, détermine de la douleur aux gencives et à la gorge et une tuméfaction douloureuse des ganglions cervicaux. Pas d'alopécie. Pas de syphilides cutanées ; quelques rares plaques muqueuses de la langue.

Dix-huit mois après le début de la maladie, W... quitte le régiment, rompant alors avec les habitudes alcooliques qu'il y avait contractées. A dater de ce moment les déterminations génitales cessèrent. Mais le malade continuant à fumer, peu de temps après surviennent des manifestations buccales, érosives et superficielles. Celles-ci se montrent surtout à la langue et à la face interne des joues. Les érosions linguales, au nombre de 2, 3, 4, 5 au plus, apparaissent de préférence à la pointe et sur les bords ; à droite l'une d'elles se montre très souvent au niveau d'un interstice dentaire plus large que les autres entre la canine et la 1^{re} petite molaire inférieure.

Malgré les cautérisations au nitrate d'argent et un traitement spécifique sérieusement suivi, sous la direction du Dr Jullien (salicylate, protoiodure d'hydrargyre, pilules de Sédillot), les accidents de la bouche réapparaissent depuis 4 ans à maintes et maintes reprises.

En 1889 seulement, il y eut un assez long silence (6 mois) dans les poussées. Ces récurrences incessantes sont chaque fois constituées par des ulcérations petites, arrondies, très superficielles, non indurées, indolentes, guérissant en quelques jours sous les caustiques. La langue est souple, ne présente ni mamelons, ni fissures. Depuis ces 3 dernières années le

malade a eu des rapports avec une même femme, qui paraît indemne de tout accident spécifique.

Aucune autre manifestation syphilitique n'a été observée par le malade ni par son médecin, même à l'occasion de 2 saisons thermales à Aix. La santé générale est toujours excellente. Le mercure est bien supporté, tout au contraire, chaque fois que l'iodure est administré, il détermine des poussées d'angine et de gingivite, accompagnées d'adénopathies cervicales douloureuses pendant plusieurs jours (novembre 1892).

Obs. 22. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis à manifestations bénignes et récidivantes, quoique traitée.* — I..., Jules, 32 ans. En octobre 1880, cinq semaines après le coït, apparaît sur le prépuce une érosion qui, cautérisée, se présente 8 jours après indurée, mais sans caractère net ; un ganglion est perceptible dans l'aîne gauche. Traitement local : cold-cream.

16 novembre. La plaie aux 3/4 cicatrisée a une base parcheminée et l'adénopathie est mieux accentuée. Traitement mercuriel.

En avril 1881. Syphilide labiale. Érosion anale sans caractère précis.

En août et septembre. Angine ; alopecie ; croûtes dans les cheveux ; syphilides linguales qui récidivent ainsi que les syphilides croûteuses du cuir chevelu en décembre, malgré le traitement.

En février 1882. Croûtes dans les cheveux.

En juin. Syphilides palmaires et digitales discrètes. Quelques taches érythémateuses sur le corps.

En novembre. Récidives de papules sèches digitales.

En mai 1883. Syphilides palmaires. Sirop de Gibert.

En mai et novembre 1884. Même manifestation.

En octobre 1885. Éruption papuleuse du front et croûteuse du cuir chevelu, celle-ci reparaît en décembre.

En février et juillet 1886. Syphilides papuleuses discrètes disséminées.

En mai 1887. Groupe de syphilides tuberculeuses dans le dos déjà anciennes ; syphilides du cuir chevelu. Syphilide sèche de la pointe de la langue.

En octobre. Au pourtour de l'accident précédent se montrent des plaques lisses décapillantes. Syphilide circonscrite du cuir chevelu. Céphalée, insomnie qui se montrent encore en décembre.

En 1888. Récidives de manifestations légères au front et dans les cheveux.

En 1889. Il présente des accidents de forme secondaire à récidives incessantes sur le front, mais toujours discrète.

Pendant toute l'évolution de cette syphilis, le malade a été traité d'une façon sérieuse et méthodique. Marié en 1884, il a un enfant qui n'a jamais présenté de manifestation ni de stigmatisme de syphilis.

OBS. 23. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis de la langue et du scrotum récidivante. Syphilis traitée. Tabac.* — E..., 30 ans. En février 1881, chancre induré de la verge suivi d'accidents à la bouche et à l'anus.

En mars. Syphilides linguales. Plaques muqueuses interdigitales. Syphilides papulo-érosives circonscrites des fesses. Traitement mercuriel depuis le début.

En juin, juillet, septembre. Le malade continue à fumer, mêmes manifestations à la langue.

En septembre et novembre. Syphilides squameuses hémi-cerclées du scrotum.

En décembre. Mêmes récidives à la langue et aux bourses.

De 1882 à 1888, le malade ne présente pas moins de 15 poussées d'accidents linguaux, constitués par des érosions superficielles, situées sur le dos de la langue, dans sa partie antérieure et quelquefois par des plaques lisses de glossite décapillante. Le malade suivit pendant toute cette période un traitement méthodique ; mais en même temps, il était un fumeur endurci et de cigarettes et de pipes.

Pendant ce temps il ne présenta que quelques rares syphilides des narines et des lèvres.

OBS. 24. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis de la langue à manifestations récidivantes. Syphilis traitée.* — Br..., Lucien, 23 ans, négociant. En novembre 1881, chancre de la verge, puis roséole, maux de gorge et syphilides buccales. Jusqu'en novembre 1890, ce malade présente des poussées souvent confluentes d'accidents de la langue, tantôt sous la forme de plaques lisses, tantôt sous la forme d'érosions superficielles.

Il est également sujet à l'herpès. Pendant qu'évolue la syphilis, le malade présente à plusieurs reprises des poussées d'eczéma sec circonscrit et cependant il n'eut pas de manifestation cutanée spécifique.

Traitement avec périodes de repos pendant tout ce temps. Plusieurs cures à Uriage.

OBS. 25. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Accidents secondaires de la langue à répétition ; puis glossite scléreuse profonde. Tabac.* — Raoul F..., 46 ans, homme de lettres. En novembre 1887, chancre anal (contact lingual) ; roséole ; une poussée de syphilides scrotales ; a maigri à ce moment de 6 livres ; mais il a ensuite regagné 8 livres.

2 novembre 1891. Depuis quatre ans, quoique s'étant traité (il prenait du mercure au moins un mois sur deux) il a eu perpétuellement des accidents linguaux ; aujourd'hui encore existe une glossite scléreuse profonde en lobules disséminés, — en évolution perpétuelle... Il est, disons-le, grand fumeur de cigarettes...

Ultérieurement, guérison complète sous l'influence d'injections hypodermiques de calomel, malgré que le malade persiste à fumer. Cette guérison persiste aujourd'hui (nov. 1892).

Obs. 26. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilides linguales ; puis glossite scléreuse. Récidives malgré le traitement. Ancien fumeur.* — D..., se présente le 20 janvier 1890, porteur, depuis 11 jours, d'une érosion de l'anneau préputial plutôt saillante, à cadre visible, à pointillé gris rouge, non dure, saignant facilement. Pas d'adénopathie inguinale.

M. D... était venu l'an dernier me consulter, se croyant porteur d'une roséole que je n'ai pas vue ; aujourd'hui que le chancre mou est éliminé, le diagnostic flotte entre herpès solitaire (?), syphilide ou chancre syphilitique. Traitement : pommade au calomel à 1/30.

31 janvier. Aucune adénopathie. L'exulcération est cicatrisée. Induration parcheminée saillante.

21 février. Roséole cohérente depuis 4 jours. Courbature très légère. Induration rougeâtre pâteuse très saillante de la cicatrice. Pas d'adénopathie perceptible, mais seulement légère sensibilité au niveau du pli inguinal de chaque côté, où le doigt a peine à sentir l'existence d'un ganglion de la grosseur des ganglions normaux d'ordinaire. Traitement spécifique.

2 mai. Syphilides linguales confluentes. Traitement : 2 pilules de Dupuytren depuis 5 jours ; gargarismes émollients. Pommade boriquée pour des croûtes dans le nez.

7 octobre. A eu constamment des plaques buccales, bien que ne fumant plus ; n'a jamais interrompu le traitement plus de 8 à 15 jours ; aujourd'hui 1 plaque muqueuse labiale. Santé excellente.

15 janvier 1891. Vient de subir 3 ou 4 injections d'huile grise et 12 ou 13 injections de peptonate (0,10 c. en tout) qui sont, elles, venues à bout des accidents buccaux, c'est-à-dire que la langue a repris son volume normal, sa souplesse et sa mobilité, mais il existe dans la moitié antérieure, particulièrement de chaque côté de la ligne médiane, surtout à droite, de la glossite scléreuse superficielle, brillante, parcheminée.

10 mars 1891. Aucun traitement depuis 12 jours. Aucun accident, la langue paraît seulement un peu plus brillante à l'endroit des anciennes lésions. Traitement préventif à 15 jours sur 30.

14 avril 1891. Aucun traitement depuis près de 3 semaines. Aucun accident ; la langue est redevenue normale ; rougeur diffuse du palais.

Bourboule. Le malade fera, à partir du 1^{er} mai, 15 jours de frictions sur 30.

10 juillet 1891. Aucun accident ; sauf plaque nacréée linguale à peine visible. Fera 15 jours de traitement d'ici fin courant.

6 octobre 1891. Point nacré sur la pointe de la langue. Le malade vient de prendre de l'iode depuis un mois.

12 novembre 1891. Point nacré résistant à la pointe de la langue à droite. Cautérisation au nitrate acide. Pas de traitement interne.

8 décembre 1891. Même point à gauche; je prescris un mois de pilules de protoiodure à partir du 15 au 20 courant.

Acné érythémateuse du front : ichtyol intra et extra.

14 janvier 1892. Langue redevenue normale; santé parfaite sauf engourdissements des doigts aux 2 mains. Vient de prendre 30 pilules.

17 mars. Points de glossite scléreuse à la pointe de la langue.

27 mars. Le protoiodure (10 centigr. par jour) a fait disparaître la sensibilité douloureuse et l'induration profonde sous-jacente aux plaques scléreuses, ainsi que quelques phénomènes de périostite digitale qu'on croyait d'origine rhumatismale. Cependant il persiste 3 plaques ainsi placées sur la langue: deux à gauche l'une près de la ligne médiane, l'autre sur le bord, un peu plus en avant, toutes 2 parcheminées; la 3^e à droite de la ligne médiane tout à fait à la pointe, à surface blanche crayeuse. Aussi, malgré l'amélioration qu'accuse le malade, j'institue dès aujourd'hui le traitement par injection au peptonate.

Vers le 15 avril, nous avons fait seulement 6 injections, à cause des phénomènes de saturation qui ont apparus; mais le malade a pris de l'iodure. La langue est aujourd'hui nettoyée et intacte.

26 juin 1892. Santé parfaite; aurait eu il y a un mois un peu de périonyxis sèche guérie par le traitement local.

12 juillet 1892. Santé parfaite; vient de prendre 20 pilules de protoiodure. Je prescris l'iodure.

Obs. 27 (personnelle). — *Syphilides papulo-érosives de la bouche et de la gorge récidivantes. Tabes ultérieur.* — M..., Joseph, 28 ans, employé de commerce, entre salle Saint-Louis, lit 17.

Antécédents strumeux : adénopathies cervicales, gourme, écoulements d'oreilles jusqu'à l'âge de 12 ans; blennorrhagie de 16 à 22 ans; fièvre typhoïde à 22 ans. Pas d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels.

En novembre 1882. Chancre induré de la peau de la verge, au niveau et à droite de sa racine, ayant laissé une cicatrice de la largeur d'une pièce de 2 francs, lisse, blanche, entourée d'une auréole pigmentée. Trois semaines plus tard environ, roséole, croûtes dans les cheveux, papules érosives de la bouche et de la gorge, céphalée violente pendant 18 jours, fièvre, courbature.

Quinze jours environ après le début du chancre, un des ganglions de l'aîne gauche devenu volumineux, douloureux fut incisé, le malade étant entré à l'hôpital du Midi. Pendant le mois de séjour qu'il fit dans le service de M. Simonnet, il prit des pilules et des bains de sublimé.

En décembre 1882, il entra pour de *nouveaux accidents buccaux* dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis, où on lui fait 62 injections de peptone mercurique.

En février 1883, débute par la face une éruption lichénoïde, pour laquelle il entre, le mois suivant, dans le service de M. Fournier (14 avril 1883).

A cette époque, les membres supérieurs et les membres inférieurs, à un degré moindre, sont recouverts d'une éruption lichénoïde en corymbe; au niveau des bras et, en particulier, au niveau des avant-bras, il existe des placards de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, de syphilides lichénoïdes d'un rouge jambonné.

Un grand nombre de ces placards présentent une disposition annulaire parfaite par suite de la disparition de l'éruption à leur centre. Au milieu de quelques-uns même, on ne retrouve aucun vestige éruptif, ce qui donne à plusieurs de ces placards une apparence en cocarde des plus nettes.

De leur confluence sur les avant-bras l'éruption générale prend une configuration circinée des plus caractéristiques. Le dos, la nuque, les fesses sont couverts de ces flots éruptifs et, en certains points, les éléments sont absolument confluents (régions sacrée, deltoïdienne, nuque); par contre l'éruption est plus discrète sur les cuisses et la partie antérieure du tronc; aux jambes elle redevient plus abondante; sur la face on trouve des macules groupées, vestiges d'une ancienne éruption.

Le palais, le voile du palais, la langue sur la face dorsale sont littéralement couverts d'une éruption confluent de *papules érosives grisâtres*, diphtéroïdes même à l'isthme du gosier; semblables érosions aux commissures labiales (récidives).

Adénopathies cervicales et inguinales multiples, indolentes, de volume moyen.

Douleurs ostéocopes dans les tibias. Céphalée vespérale et nocturne. Léger état fébrile vers 6 heures du soir. Dysphagie due aux accidents buccaux.

Fin juin, le malade quitte le service, complètement débarrassé de toutes ces manifestations.

En juillet, il se traite irrégulièrement avec de l'iodure de potassium; aussi 3 semaines après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis, il est repris d'une *nouvelle poussée de syphilides papulo-érosives buccales*. Il entre alors à l'hôpital Tenon dans le service de M. Tenneson où il prend seulement de l'iodure et où on cautérise ses érosions buccales. A la fin de son séjour à Tenon, c'est-à-dire au commencement de septembre 1883, il fut atteint d'une pleurésie sèche.

Sorti de l'hôpital, il demeure quelques jours chez lui, mais la dyspnée et un point de côté le forcèrent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Il fit dans le service du professeur Hayem, un séjour de 3 semaines et sortit guéri de ses accidents pleurétiques. Mais, vers cette même époque, survinrent à nouveau dans la bouche et dans la gorge des syphilides papulo-érosives pour lesquelles on lui prescrivit pendant deux mois deux cuillerées de liqueur de van Swieten par jour.

Vers la fin de septembre, il éprouva des maux de têtes violents,

nocturnes, siégeant au niveau de la nuque et de la région frontale, en même temps il a des mouches volantes, de la diplopie, de la parésie assez prononcée du releveur de la paupière supérieure droite, des vertiges; la mémoire est affaiblie. Le malade éprouve parfois de la difficulté pour s'exprimer, une tendance très prononcée et persistante à la somnolence; il a de l'hébétude et le caractère est devenu très irritable. Les facultés génériques sont très diminuées. Il a un peu de parésie du bras gauche; parfois il ressent dans le rectum des douleurs lancinantes. Il est en proie à une asthénie générale. En même temps que ces symptômes prémonitoires d'un tabès, que nous voyons évoluer dans la suite, le malade ressent des douleurs articulaires dans les coudes et les genoux, des douleurs ostéocopes dans les tibias à retour vespéral.

10 novembre 1883. A son entrée dans le service du professeur Fournier on constate : de nombreuses *syphilides papuleuses linguales* (nouvelle récurrence); du tremblement fibrillaire de la langue, de la parésie de la paupière supérieure droite; pas de paralysie des muscles moteurs de l'œil. : Submatité à la base droite du poumon et diminution du murmure vésiculaire à ce niveau.

Le malade, dans la suite, est admis, à plusieurs reprises, dans le service, pour des accidents tabétiques (janvier 1884, mars 1885, janvier 1888, octobre 1888).

En 1886, il a un enfant qui meurt 21 mois plus tard (11 janvier 1888) d'accidents méningés, dit-il.

Lors de sa dernière entrée en 1888 le tabès est nettement caractérisé : le ptosis a disparu; les réflexes patellaires sont diminués; — signe de Romberg. — Douleurs dans les membres inférieurs, etc.

OBS. 28(*).— Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Manifestations de syphilis linguale tantôt ulcéreuses, tantôt superficielles.* — D..., 6 mois après le chancre, sarcocèle (épididymaire surtout), en décembre 1878. Traitement mixte. (Pilule de protoiodure. Iodure de potassium).

Le 10 mars 1879. Glossite ulcéreuse. (Sirop de Gibert, gargarismes). Amélioration et cicatrisation consécutives.

18 avril. *Nouvelles syphilides linguales*, mais superficielles. N'a pas cessé le sirop de Gibert, mais fume.

1^{er} mai. *Syphilides linguales confluentes.*

Le 12. Périonyxis ulcéreux (ayant débuté il y a deux mois).

16 juin. Ulcération creuse à la base de la langue.

OBS. 29 (personnelle). — *Syphilides érosives linguales et palatines, récidivantes au début de la syphilis sous l'influence du tabac; puis, après 11 ans de silence de la maladie, sous l'influence, cette fois, d'excès de boissons. Traitement insuffisant.* — Henri L..., 34 ans, cuisinier, entre le 13 août 1892, dans le service de M. le professeur Fournier, salle St-Louis,

n° 12, pour des accidents syphilitiques de la bouche et de la commissure labiale droite.

Il a eu la fièvre typhoïde dans son jeune âge. C'est un homme robuste et bien constitué.

En avril 1883, chancre induré du gland, compliqué de phimosis qui dura un mois et demi. Adénopathies biinguinale et cervicale. Roséole. Érosion du filet. *Récidives multiples et confluentes de syphilides érosives de la langue et du palais*, le malade était alors *grand fumeur* de cigarettes. Céphalée pendant 2 mois 1/2. Il n'avait été fait qu'un traitement local (cautérisation des plaques muqueuses pendant un mois), lorsque le malade entra à l'hôpital du midi, dans le service du Dr Simonnet. Après un séjour de 2 mois pendant lequel il prit des pilules mercurielles et des bains de sublimé, le malade sortit guéri des accidents buccaux et cessa dès lors toute espèce de traitement. Un mois plus tard, les cheveux tombèrent en grande abondance. Mais, dans la suite, aucune manifestation cutanée ou muqueuse. En 1886, naissait à terme une petite fille qui, jusqu'à ce jour, a toujours été bien portante et paraît être indemne. Sa femme semble également avoir échappé à l'infection et n'a fait aucun avortement.

H... se croyait complètement guéri, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, bien qu'ayant cessé, depuis longtemps de fumer, apparurent à la bouche les mêmes accidents qu'en 1882. Ces déterminations buccales sont tellement superficielles et tellement confluentes sur la langue et la voûte palatine, qu'on croirait à des manifestations d'une syphilis âgée à peine de quelques mois. Elles guérissent en quelques jours sous l'influence des cautérisations et du traitement général, mais reparaissent presque aussitôt et cela à maintes reprises. La langue est souple ; on ne sent dans l'organe aucune induration profonde ou superficielle. Mais, à côté de ces éléments d'une syphilis en apparence récente, sont survenues, à peu près à la même époque, une syphilide ulcéreuse chancriforme de la pointe de la langue, de la dimension d'une pièce de dix sous, et une syphilide ulcéro-gommeuse de la commissure labiale droite. Cet accident se montre là avec tous les caractères habituels des manifestations tertiaires. C'est une vaste ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs, envahissant et la surface cutanée et la surface muqueuse des lèvres ; son fond est jaunâtre, ses bords taillés à pic ; point d'adénopathie sous-maxillaire correspondante. Depuis le retour de ces accidents, le malade dit avoir beaucoup maigri. A quoi attribuer cette poussée tardive tout à fait inattendue après 11 ans de silence de la maladie ? Depuis quelques mois le malade a changé de profession ; il fait un métier très dur dans un atelier de métallurgie ; en même temps il s'est adonné aux boissons ; très sobre autrefois, paraît-il, il boit maintenant plusieurs absinthes et nombre de verres d'alcool.

Soumis au traitement mixte dès son entrée, à la fin d'octobre 1892, il est guéri, depuis plus d'un mois, de la syphilide ulcéreuse des lèvres ; depuis quelques jours seulement des accidents érosifs de la bouche, mais la syphilide chancriforme de la langue persiste encore au milieu de novembre, bien qu'il soit depuis 15 jours soumis aux frictions mercurielles.

OBS. 30 (*). — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis maligne précoce. Syphilides tuberculo-croûteuses. Glossite gommeuse. Récidives.* — B... En novembre 1885, chancre phagédénique. En mars 1886, douleurs ostéocopes très violentes. En avril 1886, maux de gorge et éruption de syphilides tuberculo-croûteuses considérables du front, des bras, du cuir chevelu. Gommès de la langue. Le malade s'est toujours soigné (traitement mercuriel). En décembre 1886, *mêmes lésions* rapidement améliorées par le traitement.

OBS. 31. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilides érosives linguales récidivantes. Ultérieurement psoriasis lingual. Glossite superficielle scléreuse. Syphilis traitée. Tabac.* — D... En mars 1859, chancres indurés de la verge, traités par M. Langlebert (liq. de van Swieten). En juillet, le malade consulte M. Fournier : les chancres sont en voie de réparation très avancée et sont accompagnés d'une adénopathie très caractérisée (protoiodure, 5 centigr.

En août, plaques muqueuses de l'anus et roséole de récidence à larges taches assez confluentes, comme fondues.

En octobre, plaques muqueuses du voile du palais.

En avril 1860, plaques sèches squameuses de la verge.

En septembre, ulcération chancriforme de la rainure du gland, cicatrisée un mois plus tard. Mais dès le commencement d'avril étaient apparues, malgré un traitement scrupuleusement et méthodiquement suivi, des syphilides érosives de la langue. Ces *accidents récidivent* à des intervalles très rapprochés, le malade n'ayant pas rompu avec le *tabac*.

En décembre, on note des plaques ulcérées sur le côté gauche de la langue et une lésion aphtheuse à la pointe.

En mars 1863, ces *mêmes lésions réapparaissent à plusieurs reprises*, formant chaque fois au bout de l'organe un semis de petites ulcérations.

Un an plus tard (mars 1864) *exulcérations du dos de la langue*, les unes circulaires, les autres allongées. Un mois plus tard, *mêmes accidents* à nouveau, mais plus petits.

En mai, *psoriasis lingual ; série d'exulcérations* sur le dos et les côtés de la langue ; sous la langue, plaque blanche ; sur le plancher de la bouche, érosions recouvertes d'une pseudo-membrane blanche qu'on enlève facilement avec de l'ouate.

En avril 1865, *récidence*, moins marquée ; mais, à côté d'exulcérations psoriasiques, on note des indurations en plusieurs points et une fissure profonde sur la partie médiane de la langue qui est mamelonnée. Le malade ne fume plus depuis longtemps. Amélioration très notable après un mois de traitement mixte, mais *rechute* en juillet et septembre.

En septembre 1867, légère exulcération du pilier droit. A dater de ce moment, le malade qui avait suivi, depuis le début de la syphilis, un traitement spécifique sérieux, ne présente plus aucun accident.

En 1875, il contracte une blennorrhagie. La syphilis reste latente depuis 8 ans,

Obs. 32 (personnelle). — *Syphilides tuberculeuses en nappe de la région périnéale, 3 récidives. Traitement opportuniste.* — Bernard R., 31 ans, employé, entre le 2 juillet 1888, salle St-Louis, n° 36, pour des lésions spécifiques de la région périnéale.

A l'âge de 5 ans, il eut une tumeur blanche du genou pour laquelle il resta un an à l'hôpital Sainte-Eugénie, puis une autre année à Berck, et dont il guérit.

En 1881, il fit un séjour de 15 jours à l'hôpital du Midi pour divers accidents syphilitiques : chancre induré, roséole, syphilides cutanées, alopecie, céphalée nocturne. Ces accidents terminés, bien que le malade n'eut fait que 15 jours de traitement spécifique, pendant six ans, il fut exempt de toute manifestation syphilitique. Mais en 1887, il entra de nouveau à l'hôpital du Midi, pendant 3 semaines, pour des accidents analogues à ceux qui l'amènent aujourd'hui dans le service de M. Fournier. Soumis alors au sirop de Gibert, il sortit guéri et cessa tout traitement.

En mars 1888, récidive in situ des mêmes accidents ; il prend chaque jour 2 pilules de Dupuytren, une cuillerée d'iodure de potassium, plus un sirop de nature inconnue. Après 3 semaines de ce traitement, guérison complète.

Mais deux mois plus tard, au même siège nouvelle poussée pour laquelle il entra à l'hôpital seulement le 2 juillet, n'ayant cette fois encore fait aucun traitement. De plus, vers le 20 juin il s'est aperçu d'une fistule anale débouchant au-dessus de l'anus. Les accidents qui l'amènent ici sont constitués par un placard infiltré de syphilides tuberculeuses confluentes, siégeant immédiatement au-dessous de l'anus et de chaque côté de la partie inféro-interne des fesses ; en même temps on observe des syphilides érosives périnéales. Soumis au traitement mixte, il sort guéri le 27 juillet.

Obs. 33 (personnelle). — *Syphilis méconnue et par suite non traitée. Silence de la maladie pendant 4 ans ; puis récidives multiples de syphilides tuberculeuses sèches sur les avant-bras et les jambes.* — A.... 29 ans, employé de commerce, se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis, le 3 septembre 1892, porteur sur l'avant-bras droit et les 2 jambes de syphilides serpigneuses superficielles et sur le front de syphilides tuberculeuses sèches.

Ces lésions sont ainsi constituées : à la face postérieure de l'avant-bras droit se déroule une longue traînée festonnée, qui se termine en bas par un demi-cercle à concavité supérieure. Cette bande serpentine, d'une coloration rouge assez vive, limite très nettement une zone large de 3 à 4 centimètres située sur le bord radial. A ce niveau la peau est recouverte de squames légères et peu abondantes, et présente une coloration rouge terne. De ce placard émergent quelques syphilides tuberculeuses sèches, réunies par groupes de 3, 4, 5 éléments.

Les coudes, les genoux, le sacrum sont et ont toujours été indemnes.

Aux jambes, sur une étendue de 20 à 25 centimètres, on retrouve les

mêmes manifestations superficielles ; mais ici les accidents affectent pour la plupart une disposition concentrique avec des bords sinueux en pleine efflorescence, tandis que les zones centrales sont à peu près guéries. En outre, on trouve 3 grands placards de syphilides tuberculeuses sèches sur la jambe gauche, 4 sur la gauche, mais ici plus rapprochés et côtoyant leurs bords, de petits filots aberrants de même nature. La jambe droite est plus pigmentée que la gauche ; nulle part traces de varices appréciables.

A la région temporo-frontale un groupe d'une vingtaine de syphilides tubercules sèches, réunies en corymbe, sont en partie cachées dans les cheveux.

La nature spécifique de ces divers accidents était évidente et cependant le malade n'ait tout antécédent de syphilis. Voici du reste ce qu'il nous raconte : En 1885, il eut une ulcération, de la grandeur d'une pièce de 50 cent., située sur le prépuce, près de la rainure du gland. Celle-ci d'un aspect jaunâtre ne tarda pas à se compliquer d'une adénopathie inguinale gauche, très douloureuse, au point d'empêcher presque complètement la marche. A l'hôpital du Midi, l'ulcération fut diagnostiquée chancre mou et traitée par des applications de pommade au calomel. Peu après une balanite et un phimosis s'étant déclarés, on prescrivit des lavages entre le gland et le prépuce avec une solution de nitrate d'argent. Un mois plus tard la guérison était complète, il ne restait qu'une cicatrice très superficielle, irrégulière de bords, qui persiste encore aujourd'hui. Jamais le malade ne suivit de médication interne ; après cet accident, il ne remarqua aucune éruption, il dit n'avoir eu ni érosions buccales, ni angine, ni céphalée, ni alopécie. Il est père d'une petite fille, âgée de 4 ans, et bien portante qui est née à terme. Sa femme n'a point fait d'avortement ; elle semble ne point avoir été infectée.

C'est seulement en 1889, après 4 ans de vie latente, que la syphilis s'est montrée. A cette époque apparut sur la face dorsale de la main gauche un placard éruptif de la grandeur d'une pièce de 5 francs et presque arrondi, à bords rouges. Cet exanthème fut appelé par un médecin herpès circiné et traité par des badigeonnages iodés.

La même année, sur l'avant-bras gauche, une éruption, à peu près semblable à celle que nous observons aujourd'hui du côté droit, guérissait en un point pour reparaitre à l'autre, nous dit le malade. Cette fois, il semble avoir été un peu plus heureux dans le choix de son médecin, en ce sens qu'on lui prescrivit des applications locales d'une solution de sublimé et d'alcool ; mais point de traitement interne.

L'éruption disparut assez vite, sans laisser aucune trace, mais à plusieurs reprises, comme celles de l'avant-bras droit et des jambes, elle reparut affectant toujours le même aspect.

Depuis 1891, les jambes ont été continuellement atteintes, mais avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; les manifestations cessaient en un point pour évoluer ailleurs. Jamais d'ulcération. Jamais non plus

d'autres parties du corps (sauf le front depuis 2 mois) n'ont été atteintes. Jamais de troubles de la santé générale. Pas d'amaigrissement. Pas d'alcoolisme, ni de maladie antérieure. Jamais non plus, répétons-le, de traitement spécifique. Aujourd'hui seulement (3 septembre 1892) on lui prescrit la médication mixte (une pilule de Dupuytren, KI 2 gr.), en même temps il appliquera des bandelettes de Vigo sur les éruptions syphilitiques.

Obs. 34. — *Syphilis ulcéreuse en évolution continue depuis 15 ans, quoique traitée.* — T. O..., 35 ans, garçon de courses, entre le 22 novembre 1879, salle St-Louis, lit 48.

A l'âge de 20 ans, il a contracté la syphilis et depuis lors, comme il le dit « ça a été un va-et-vient continuel » d'accidents. Cependant le chancre avait été presque insignifiant, il était accompagné d'adénopathies inguinales. Immédiatement après l'infection, les forces ont diminué, sans que cependant soient apparus alors d'autres accidents. Bien que fumeur, il n'eut point de lésions buccales au début. Mais, six mois après le chancre, se montrèrent sur les membres inférieurs des papules de couleur jambon; ces éléments devinrent ensuite ulcéreux et persistèrent 5 à 6 mois, laissant des cicatrices aujourd'hui blanches et luisantes. A dater de ce moment la syphilis, toujours en évolution depuis 15 ans, n'a laissé ni trêve ni repos au malade; sur les différentes parties du système tégumentaire sont apparues un peu plus, un peu moins étendues, des lésions toujours analogues et présentant toujours le même processus.

Cependant, le malade a été soigné à plusieurs reprises : après le chancre, il a pris pendant 3 ans des préparations mercurielles; il est resté six mois dans le service de M. Bazin, puis 5 mois environ dans le service de M. Hardy; aussitôt après avoir cessé l'usage du mercure, il a pris de l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. par jour depuis 12 ans; localement il panse les plaies avec du taffetas de Vigo.

On ne trouve pas de facteur de gravité expliquant cette marche continue et grave de la maladie.

Aujourd'hui le malade présente les accidents suivants :

A peine quelques points du cuir chevelu sont exempts de lésions.

Partout à peu près des croûtes recouvrant des ulcérations. Sur le sommet du vertex une plaque alopecique irrégulière. En certains endroits les cheveux sont clairsemés, en d'autres ils manquent totalement et le cuir chevelu apparaît inégal, bosselé, couvert de cicatrices. Les ganglions rétro-cervicaux sont à peine engorgés, tandis que les sous-maxillaires sont tuméfiés.

Le front est labouré de cicatrices blanches et déprimées au milieu desquelles évoluent de nombreuses syphilides en pleine activité. Le sourcil gauche est interrompu dans sa partie moyenne, le droit présente de grosses papules qui débordent et sur la paupière et sur le front. Ces éléments sont apparus il y a un mois environ.

Sur l'aile gauche du nez une cicatrice rectiligne régulière semblerait

être le vestige d'une plaie faite avec un instrument tranchant; elle résulte cependant d'accidents spécifiques.

Les joues ont été relativement épargnées.

Sur la partie supérieure et antérieure du thorax et surtout sur l'épaule droite, nombreuses cicatrices blanches.

Sur la moitié droite du dos, deux vastes syphilides pustulo-crustacées de forme circinée : l'inférieure, plus grande et plus allongée dans le sens vertical, mesure environ 10 centim. de hauteur; la supérieure 7 à 8 centim.; toutes deux en largeur occupent à peu près 10 centim. Ces lésions se composent de 2 parties : l'une plus ancienne, rouge, a été le siège d'ulcérations cicatrisées; l'autre est formée d'éléments pustulo-croûteux en évolution.

Les coudes sont le siège de lésions de même nature, de couleur lie de vin, squameuses pour la plupart, pustuleuses par places.

La cuisse gauche, dans les 3/4 inférieurs, le genou, les 2/3 supérieurs de la jambe sur sa face externe présentent un aspect tigré, moucheté. Sur un fond rouge sombre à la cuisse, se rapprochant du ton crasseux des éphélides à la jambe sont jetées sans ordre des cicatrices arrondies de coloration blanc rosé, lisses au toucher. A la cuisse quelques syphilides pustulo-crustacées sont apparues récemment sur d'anciennes cicatrices spécifiques.

Au mollet droit, on voit aussi quelques saillies tuberculeuses, c'est ainsi que commencent les lésions, au dire du malade.

La langue est épaissie et parcourue par de profondes crevasses, la gorge et le voile du palais sont indemnes de tout accident; les viscères semblent également respectés.

10 janvier 1880. Exeat.

Obs. 35 (*). — *Syphilides malignes précoces au 8^e mois. Céphalées. Syphilides tuberculo-gommeuses multiples, disséminées en placards. Récidives in situ.* — D..., Louis, 25 ans, comptable, entre le 18 février 1888, salle Saint-Louis, n° 34.

Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance, sujet à des furoncles.

Il y a 10 mois, chancre dont on voit la cicatrice transversale à la face postérieure du fourreau; 8 à 15 jours après, roséole, pendant celle-ci apparition des plaques ecthymateuses aux deux jambes qui deviennent rupioides.

Il a eu des plaques sur la tête, dont on ne s'est aperçu qu'à son entrée à l'hôpital du Midi, le 10 juin 1887; traité depuis pendant 2 mois 1/2 par le sirop de Gibert, 3 cuillerées par jour, iodure de potassium, 6 gr., qu'il continue en quittant l'hôpital, le 13 septembre, à la dose de 4 gr. par jour.

Dans l'intervalle il a pris 40 pilules de proto, soit 2 par jour.

Présente actuellement une foule de placards *tuberculo-gommeux* à marche excentrique, évoluant la plupart vers l'ulcération, rupioides par places, même sphacéliques par endroits.

Quelques-uns de ces placards ont jusqu'à 8 et 10 centimètres de diamètre, on voit s'y produire des *récidives in situ*.

Cà et là, entremêlées aux lésions précédentes, larges cicatrices plus ou moins ovalaires, quelques-unes très irrégulières, de couleur violacée, consécutives aux syphilides ecthymateuses précoces, prématurément développées et guéries actuellement.

La multiplicité et l'étendue de ces placards à diverses périodes de leur évolution est telle que sur les membres supérieurs particulièrement, les surfaces qu'ils recouvrent prédominent sur les espaces de peau restée saine.

Les cheveux rares, courts, secs, cassants, disparus par places, émergent à travers d'épaisses croûtes coalescentes. Celles-ci recouvrent le cuir chevelu et se prolongent sur le front par une nappe de syphilides tuberculeuses à diverses périodes de leur développement et formant des bouquets de gommès dont les plus excentriques sont en voie d'ulcération.

La lèvre supérieure est tuméfiée, proéminente, couverte de syphilides ulcéreuses, rupioides, saignantes.

A la verge, syphilides gommeuses sur le fourreau. Prépuce œdédié. Poids à l'entrée, 18 avril, 53 kil.

Comme signe particulier, sillon transversal des incisives, atrophie cuspidienne d'une canine et d'une grosse molaire.

Le malade a beaucoup maigri, nous dit-il, depuis quelque temps, aujourd'hui il est pâle et présente une faiblesse extrême.

La douleur dont ses ulcérations sont le siège, la difficulté qu'elles apportent dans l'exécution des mouvements augmentent encore l'aspect de souffrance générale.

Comme facteur de gravité on ne trouve rien de particulier. Pas d'excès vénériens ni alcooliques. Il est issu d'un mariage consanguin, son père s'étant marié avec sa nièce. Traitement spécifique. Bain. Vigo.

Le malade sort le 17 mars en voie de guérison. Les ulcérations sont fermées, mais leur place est marquée par de larges cicatrices violacées, pigmentées, présentant leur disposition primitive.

L'état général est meilleur, les forces sont augmentées ainsi que le poids qui est de 54 kil.

Obs. 36 (complétée) (*). — *Syphilis grave précoce. Syphilis dénitrative. Récidives multiples et presque incessantes d'accidents cutanés divers. Syphilis traitée. Alcoolisme*. — H..., 42 ans, porteur aux Halles, fait plusieurs séjours dans le service de M. le professeur Fournier.

En janvier 1881, chancre. Syphilides papulo-squameuses confluentes; plaques muqueuses. Traitement mercuriel en décembre. Onyxis multiples.

En mai 1882, en dépit du traitement mercuriel continu, ulcérations gommeuses multiples « monstrueuses » (*cuir chevelu*, lèvre supérieure, avant-bras, jambes); sort guéri en juillet.

A la fin de juillet, revient pour syphilides des mains, *onyxis*, syphilides, des bras, des jambes (syphilides atténuées) ; sort en août.

En mai 1883, syphilides tuberculeuses (joues, nez, *lèvres*). Syphilides papulo-tuberculeuses (thorax, dos, épaules, abdomen, avant-bras, cuisses, pied).

En juillet 1884, syphilides tuberculeuses (*cuir chevelu*, thorax, bras). Syphilides tuberculo-ulcéreuses *du nez* considérables. Guéri en août.

En octobre, gommès thoraciques, gommès poplitées, syphilides tuberculeuses (front, *cuir chevelu*). Amaigrissement ; affaiblissement ; perte des désirs sexuels. Le malade, qui pesait autrefois 165 livres, ne pèse plus que 135 livres.

En février 1885 le malade, qui allait mieux, est repris d'accidents nouveaux (malgré le traitement suivi à l'hôpital). Syphilides papulo-squameuses circinées multiples.

L'état général est meilleur. Sort en avril en assez bon état, presque guéri.

En août, gommès du cuir chevelu qui guérissent ; mais les lésions ne se cicatrisent en un point que pour reparaître ailleurs.

En janvier 1886, réapparition de nombreuses syphilides.

En juin, syphilides persistantes. Sous l'influence d'injections mercurielles très douloureuses, amélioration des accidents.

Le malade pèse 127 livres.

1887. Exostoses tibiales très douloureuses. Syphilides tuberculo-croûteuses et papulo-tuberculeuses. Poids : 128 livres.

De mai 1887 à mai 1888, séjour à l'hôpital : traitement continu, puis traitement interrompu 3 semaines après la sortie du service.

En janvier 1889, retour à l'hôpital. Gommès à la région mammaire droite et au bras ; nouvelles périostoses tibiales depuis 2 mois. Syphilides tuberculeuses du dos, des bras et des cuisses. Glossite nicotique. Rien aux viscères.

En novembre 1889, gomme gangreneuse de la joue. Mai 1891, récédive de périostoses tibiales et de lésions cutanées.

Cette observation et un exemple de syphilis dénutritive, rebelle au traitement, à évolution presque incessante. L'alcoolisme a été le facteur de gravité. Cet homme, bien constitué, d'une stature colossale, amaigri, épuisé par la maladie, est obligé d'abandonner sa profession dont il ne peut supporter les fatigues.

Il en est réduit pour vivre à se faire copiste.

OBS. 37 (complétée) (*). — *Syphilis grave précoce. Syphilis à manifestations incessantes. Récidives in situ multiples de syphilides ulcéreuses et tuberculeuses (rainure du gland, face, etc.). Gommès de la langue récidivantes. Excès alcooliques. Fièvres intermittentes.* — G..., Yves, 33 ans, jardinier, entre pour la première fois dans le service de M. le professeur Fournier, salle St-Louis, n° 24, le 26 juin 1888.

Étant jeune, le malade dit avoir eu des « glandes » cervicales et des maux d'yeux; jusque vers 7 à 8 ans. Les yeux pleuraient à tout propos et souvent il voyait difficilement, mais jamais il n'a perdu complètement la vue.

En 1887, fièvre intermittente à la Martinique. La même année, diarrhée des pays chauds, à la Guadeloupe. Depuis lors le malade n'a rien eu jusqu'à l'affection actuelle, il dit seulement que la diarrhée le reprend très facilement dès le moindre refroidissement.

Il fait un métier fatigant, mais se nourrit très bien, boit beaucoup (3 litres de vin au moins par jour), de temps en temps un peu de rhum, un verre d'absinthe.....

Au mois de février le malade a eu des chagrins.

Dans ces derniers temps, il vivait avec une femme qu'il voyait très souvent. Il ne saurait indiquer la date du dernier rapport qu'il a eu avec elle. Cette femme a d'ailleurs été examinée à St-Antoine vers le 25 avril, c'est-à-dire 25 jours environ après le début des accidents chez notre malade, et aurait été trouvée saine; il y avait 3 mois qu'il ne l'avait vue, quand il a remarqué son éruption. Le premier bouton dont le malade se soit aperçu siégeait à la cuisse droite. Ce n'est que dans les premiers jours d'avril qu'il a attiré l'attention du malade. Actuellement on trouve à sa place une cicatrice à peine déprimée, de couleur blanc rosé, à point central plus foncé, à périphérie brun pâle. Le malade est entré le 10 avril dans le service de M. Landrieux, où il a suivi un traitement purement tonique. Il aurait eu une adénopathie inguinale et crurale bilatérale; ce premier « bouton » n'aurait précédé les autres que de 10 jours à peine. On avait essayé de lui donner du sirop de Gibert qui n'a pu être supporté. Ce n'est que dans les 10 derniers jours de son séjour qu'il a pris une pilule de protiodure.

Il est resté 2 mois chez M. Landrieux, lequel, ne voyant aucune amélioration se produire, l'a adressé à l'hôpital St-Louis, le 26 juin 1888.

Actuellement le malade a tout le corps couvert de syphilides disséminées sans ordre, mais remarquables par le polymorphisme de leurs éléments. Aucune région n'est épargnée.

L'éruption est seulement discrète sur l'abdomen, le membre inférieur droit et les extrémités, confluyente partout ailleurs.

Voici quels sont les principaux aspects sous lesquels se présente l'éruption. Ça et là, on trouve des tubercules d'un rouge foncé, nettement saillants, présentant au toucher un « corps » très appréciable du volume d'un pois en moyenne.

Quelques-uns sont un peu squameux, d'autres croûteux à leur centre.

A côté de ces tubercules on trouve quelques petites pustules, mais cette sorte d'élément éruptif est très rare. Une investigation minutieuse n'en fait découvrir que quatre ou cinq.

En revanche, on trouve de nouvelles ulcérations du diamètre d'une pièce de 50 centimes en moyenne, mais à la tête et surtout à la jambe gauche

plusieurs atteignent celui d'une pièce de 5 francs. Ces ulcérations ont des bords élevés, saillants, taillés à pic, un fond à peu près régulier, recouvert d'un exsudat gris jaunâtre; sur 3 ulcérations de la jambe gauche on voit s'élever, au centre, un bourgeon charnu très saillant, du volume d'une forte lentille ou d'un haricot.

Ces ulcérations remarquablement indolentes sécrètent en abondance un mélange de pus et de sérosité roussâtre.

Quelques-unes sont au début de leur cicatrisation, leurs bords affaissés se continuent de plain-pied avec les tissus environnants. On voit aussi des croûtes, les unes d'un gris verdâtre, les autres d'un brun noirâtre; les unes encore un peu humides, aplaties, minces, les autres sèches, épaisses, saillantes, presque ostrécées. Toutes sont solidement enchâssées par leurs bords et très adhérentes. Sur leur pourtour on trouve une collerette épidermique.

Ailleurs sont des surfaces rosées, légèrement desquamantes, résultant de la chute des croûtes.

Enfin des cicatrices, les unes récentes, d'un rouge foncé, les plus anciennes roses; quelques-unes ont un point plus foncé et légèrement croûteux au centre. Elles sont d'abord planes ou même un peu saillantes, puis se dépriment légèrement.

Si nous étudions maintenant le mode de répartition de ces divers éléments éruptifs, nous voyons que les tubercules prédominent au tronc et sur les membres supérieurs, les ulcérations à la face, sur le cuir chevelu et surtout sur la jambe qui en est littéralement criblée (25 environ). Enfin les cicatrices se montrent surtout dans le dos où l'éruption serait en effet plus ancienne au dire du malade. En outre, le malade présente un œdème périmalléolaire externe gauche. Il l'attribue avec vraisemblance à la fatigue qu'il a éprouvée la veille dans le transport de St-Antoine à St-Louis.

Douleur à la pression sur la crête du tibia gauche vers sa partie moyenne. Périostose tibiale droite.

Rien à la bouche. Rien à l'anus. Respiration rude au sommet des poumons. Cœur, foie, rate normaux.

Diagnostic : Syphilides tuberculo-ulcéreuses, précoces en raison de la disposition des lésions; accident primitif passé inaperçu (cuisse droite?).

Poids, le 12 juillet : 57 kil. Traitement : 1 pil. proto; KI, 8 gr.; Vigo.

Du 11 au 14 juillet, légères hémoptysies, vraisemblablement dues à l'iodure. On n'en continue pas moins l'emploi, et au bout de 3 jours, l'hémoptysie cesse.

17 juillet. Stomatite mercurielle assez intense. Le malade ne prenait cependant qu'une pilule de proto, mais il recouvrait ses ulcérations de tafetas de Vigo.

Poids, le 19 juillet : 58 kil.

Le 26, 58 kil. 700.

Le malade sort le 27, presque toutes les ulcérations sont cicatrisées. Reste de stomatite.

- L'analyse du sang pratiquée chez ce malade, au point de vue hématoscopique, nous a donné les résultats suivants :

1^o Au moment de son entrée (juin), le dosage de l'oxyhémoglobine révèle un abaissement considérable de la quantité de cette substance; qui n'atteint que 8 0/0 (au lieu de 14 à 15 0/0, proportion normale). La durée de la réduction de cette substance se fait en 85 secondes (durée un peu plus longue qu'à l'état normal), et l'activité de la réduction est tombée, par suite, à 0,47.

Dans la suite, sous l'influence du traitement, du repos, de l'amélioration des lésions et de l'état général, le chiffre de l'oxyhémoglobine remonte successivement à 11 0/0, 14 0/0, 15 0/0, en juillet, tandis qu'en même temps la durée de la réduction devient moins longue: 75", 60" (chiffre normal), et que l'activité des échanges remonte jusqu'à l'unité normale. Le malade quitte alors l'hôpital, et revient nous voir en septembre, un peu souffrant. L'oxyhémoglobine a un peu diminué, 11 0/0, mais la durée de la réduction est un peu plus longue 80", l'activité un peu abaissée 0,87 au lieu de 1.

2^e séjour. — Le malade était sorti à peu près guéri des nombreuses ulcérations, qu'il présentait dans le service lors de son premier séjour; il rentre à l'hôpital, le 1^{er} septembre, pour une *syphilide ulcéreuse* en feuillet de livre de la rainure glando-préputiale. C'est la première lésion que le malade constate à la verge. En voie de guérison, à sa sortie de l'hôpital, ses plaies se cicatrisèrent assez rapidement. Mais le malade, en même temps que son travail, a repris ses habitudes de boissons (le métier « oblige », dit-il), et ayant eu un rapport avec une femme, deux jours après, la lésion que l'on constate à son entrée à l'hôpital se constituait.

Au lieu où elle siégea d'abord, parut un noyau rouge et dur, et 4 ou 5 jours après, l'ulcération prenait les caractères que l'on constate aujourd'hui. L'étendue de la plaie peut être comparée à la largeur d'une pièce de 5 francs.

Le malade reste quinze jours dans le service. Traitement: pansements iodoformés; 2 pilules proto, KI 4 gr., puis frictions. Le malade sort de l'hôpital sur sa demande, considérablement amélioré. Chez lui, il prit pendant 15 jours, KI 4 gr. par jour, et se pansa avec l'iodoforme; au bout de quelques jours, la cicatrisation fut complète, et le malade dit même qu'il fut un moment, où il eût été difficile de retrouver l'emplacement de la lésion, primitivement si étendue en largeur et en profondeur.

3^e séjour, 3 novembre. — Il rentre, salle Saint-Louis, pour une *nouvelle lésion de la verge*. Il y a 15 jours, le malade remarqua quelques rougeurs sur le gland, qui augmenta de volume (3 jours auparavant, le malade, qui est un alcoolique, avait bu plus que d'habitude).

3 jours après que le malade eut remarqué les rougeurs, l'ulcération se produisit et se creusa avec rapidité. Au bout de 5 jours, la lésion avait à peu près acquis les dimensions que l'on constate à l'entrée.

Traitement: KI 5 gr., 1 pilule protoiodure à 5 centigr. Bain de 4 heures tous les jours.

Le 14. Le traitement a été supprimé hier, le malade ayant de la diarrhée (5 à 6 selles par jour) ; elle persiste aujourd'hui.

Le 20. Le malade est remis au traitement, KI 6 gr., 1 pilule protoiodurée.

Les lésions guérissent rapidement ; elles diminuent à vue d'œil sous l'influence du traitement local, des bains de plusieurs heures et de la médication spécifique.

Éruption d'une douzaine de syphilides tuberculeuses sèches de la grosseur d'une lentille.

Le 29. Tous les éléments éruptifs sont en voie de régression ; un seul, situé près de la racine de la cuisse gauche plus développé que les autres, s'est ulcéré.

Quant aux lésions de la verge, elles sont en excellente voie, la large et profonde ulcération de la rainure glando-préputiale (côté gauche) est presque cicatrisée. Celle du méat, en très bonne voie de cicatrisation, est cependant retardée vraisemblablement par le passage de l'urine, c'était du reste la plus creuse ; le fond de cette ulcération est rouge vif, comme toute plaie baignée par l'urine. Pas de symptômes généraux. Bon appétit.

Traitement bien supporté.

Sort amélioré, le 7 décembre 1888.

4^e séjour, du 12 au 27 janvier 1889. — *Syphilis continue. Syphilides ulcéreuses multiples disséminées sur tout le corps.* Les accidents de la verge sont entièrement guéris. Muqueuses indemnes.

5^e séjour, du 2 mars au 15 avril 1889. — *Nouvelles ulcérations gommeuses superficielles.* Amélioration de l'état général.

6^e séjour, du 29 juin au 13 juillet 1889. — *Syphilides cutanées récidivantes ; ulcérations gommeuses disséminées.*

7^e séjour, du 14 août au 23 septembre 1889. — *Syphilides ulcéreuses du mollet, de la fesse et de la cuisse gauche. Syphilides buccales.* Ce sont les premiers accidents muqueux observés.

8^e séjour, du 4 janvier au 17 mars 1890. — *Syphilides ulcéro-gommeuses disséminées datant de 10 jours environ.* Le malade aurait continué à se traiter en ville (?)

9^e entrée, le 26 avril 1890. — *Syphilides gommeuses et tuberculeuses, Syphilide tertiaire de l'aile du nez.*

Sort le 4 novembre 1890.

10^e entrée, le 2 mars 1891, lit n° 12. — *Syphilides ulcéreuses multiples récidivantes. Syphilide ulcéro-gommeuse de la voûte palatine ; pas de perforation.*

Il pèse alors 60 kilogr.

On le soumet alors aux injections de sérum de chien ; tous les deux jours une seringue de Pravaz de ce liquide lui est injectée.

Le poids du malade augmente alors d'une façon assez notable :

Le 10 mars, il pèse 61 kil.

Le 18, — 62 kil. 400.

Le 25, — 63 kil.

Le 3 avril, — 63 kil. 500.

Mais d'un autre côté, on ne note aucun phénomène réactionnel du côté des ulcérations.

Le 24 mars, on supprime le taffetas de Vigo, qu'on remplace par du diachylon.

Le 25 avril, nouvelle poussée gommeuse tégumentaire.

A dater du 7 avril on avait injecté 2 centim. cubes par jour.

Sort le 29 août 1891.

11^e entrée, le 10 décembre 1891. — *Récidives de syphilides ulcéreuses au front, à la lèvre supérieure et au coude droit.*

Sort le 28 novembre 1891.

12^e entrée, le 23 décembre 1891, lit n° 13. — *Syphilides tuberculeuses des commissures buccales. Quelques syphilides tuberculeuses dans le dos.* État général bon; pas d'amaigrissement.

Traitement : 2 pil. de Dupuytren; KI, 4 gr.

En mars. Apparition dans l'épaisseur de la langue de 2 tumeurs gommeuses, saillantes sous la muqueuse de la face dorsale, du volume de deux grosses noisettes, augmentant progressivement malgré la persistance du traitement.

20 mars. Injection de sérum au sublimé (une seringue de Pravaz). Poids, 63 kil.

15 avril. Cessation des injections faites tous les 2 jours depuis le 20 mars jusqu'au 1^{er}, et chaque jour du 1^{er} au 15 avril. Poids, 64 kil.

En même temps, 2 pil. Dupuytren; KI, 4 gr.

Sort le 15 avril. Bon état général; gomme en formation dans la partie droite de la langue depuis 15 jours.

13^e entrée, le 3 mai 1892, lit n° 27. — Il rentre cette fois pour les lésions linguales : *infiltration gommeuse de la moitié droite et antérieure de la langue.*

Quelques syphilides tuberculeuses faciales.

Pas de syphilides sur le corps actuellement.

Traitement : KI, 4 gr.

Reprise des injections de sérum sublimé (0,0005 par centim. cube) faites tous les 2 jours.

1^{re} injection, le 18 juillet.

Les poids notés sont : le 19 juillet, 59 kil. 950.

— 5 août, 62 kil. 350.

— 13 août, 62 kil. 850.

Sort le 3 septembre 1892, les syphilides de la face ont entièrement disparu.

L'infiltration gommeuse de la langue, qui atteignait le volume d'une noisette lors de l'entrée, a laissé un petit noyau induré de la grosseur d'un petit pois. Sur le bord gauche de la langue, induration noueuse de même volume.

14^e entrée, le 17 septembre 1892, lit 42. — Il présente une gomme ulcérée de la région dorso-lombaire; des syphilides rupioïdes sur la face externe de chaque jambe.

La langue est volumineuse, hypertrophiée dans son segment antérieur, déborde l'arcade dentaire. Au siège même des infiltrations gommeuses précédentes, la muqueuse apparaît jaunâtre, légèrement exulcérée; à ce niveau la langue semble, selon l'expression de Ricard, « rembourrée de noisettes », mais noisettes très volumineuses.

Le malade avoue que, depuis sa sortie de l'hôpital, il s'est enivré une fois; et a bu en moyenne 2 litres 1/2 de vin par jour.....

Depuis quelques mois il chique, jamais il n'a fumé.

Iodure de potassium, 4 gr. par jour. Vigo.

Au commencement d'octobre, malgré le traitement auquel le malade est soumis, apparaissent sur d'anciennes cicatrices des syphilides ulcéro-gommeuses de la nuque, en même temps que des accidents ulcéreux des fosses nasales. Cependant les autres lésions sont en régression.

18 octobre. Les manifestations des membres inférieurs et du dos, pour lesquelles le malade est entré il y a un mois, sont complètement guéries.

Des gommages linguales, il reste encore enchâssés dans la langue deux noyaux indurés du volume d'une lentille.

Les accidents de la nuque et l'entrée des fosses nasales sont recouverts de croûtes épaisses; les ailes du nez volumineuses sont infiltrées.

25 octobre. Syphilides tuberculeuses sèches en corymbe de la joue gauche.

15 novembre. Ces derniers accidents sont en voie d'amélioration; des gommages de la langue il ne reste aucune trace.

En résumé, nous voyons ici une syphilis évoluer depuis 4 ans 1/2 d'une façon à peu près continue; presque toutes ses manifestations sont ulcéreuses et disséminées sur toute la surface cutanée; dans ces derniers temps cependant elles se montrent moins nombreuses. Les récidives sont ramenées chaque fois, par les excès alcooliques; auxquels se livre le malade dès qu'il sort de l'hôpital. Peut-être les gommages de la langue ne doivent-elles, de même, leur apparition qu'à l'habitude de chiquer prise par le malade, depuis une dizaine de mois. Remarquons aussi l'intégrité des viscères au milieu de tous ces accidents graves!

Obs. 38. (Communiquée au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Paris 1889, par M. le Dr EUTHYBOULE de Constantinople.) — *Syphilide acnéique du nez. Alcoolisme. Pas de traitement au début. Récidives.* Homme, 45 ans, fourreur. Il nous est adressé par un confrère, en août 1886, pour une affection du nez et de la gorge.

Sur le côté droit du nez, au niveau de la racine, existe une ulcération, de la largeur d'une lentille, à fond légèrement excavé et tapissé par un peu de pus grisâtre qui se concrète ordinairement en une croûte foncée.

Plus bas, du côté de l'aile droite et du lobule la peau du nez est rouge et empâtée. Pas de douleurs, pas de ganglions.

Un retentissement nasal qui se mêle à la voix du malade trahit l'existence simultanée d'une lésion de la gorge. L'inspection fait constater une perforation circulaire, large comme une aveline, en plein du voile du palais, à gauche de la luette. Pas de troubles de la déglutition, ni douleurs, ni reflux des liquides par le nez.

Interrogé sur le début de ces lésions, le malade raconte qu'il y a un an, il a souffert pendant quelque temps de croûtes et d'enchifrènement dans la narine du côté droit, avec un peu de rougeur de la partie correspondante de la surface cutanée du nez. Ensuite les croûtes ont cessé, mais la peau du nez devenait souvent rouge et gonflée pendant quelques jours. Depuis trois mois, la rougeur n'a pas disparu. A la même époque, un bouton rouge poussa sur le côté droit de la racine du nez, avec un petit point blanc à son sommet. Il suppura davantage, s'ouvrit et donna lieu à l'ulcération actuelle. Quant à l'affection de la gorge, le malade prétend qu'il y a une vingtaine de jours, il a ressenti une gêne douloureuse dans le gosier, avec difficulté dans la déglutition des liquides, mais que tout cela est bien vite disparu.

Comme antécédents, il a eu un chancre à l'âge de 20 ans. Six ans après il a présenté une vingtaine de croûtes noires, rondes, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, siégeant aux membres inférieurs et qui sont tombées après une durée de 3 ou 4 mois, sans laisser de cicatrices. Depuis sa 1^{re} jeunesse, il a fait des excès de boissons auxquels il a renoncé ces derniers temps.

Au bout d'une vingtaine de jours de traitement mixte, guérison complète. A la place de l'ulcération, existe une cicatrice, à peine déprimée au-dessous du niveau de la peau environnante et ayant exactement la forme d'un trou de serrure, à base tournée en haut et en dedans. La perte de substance de la gorge s'est comblée en laissant une cicatrice rosée, radiée.

Malgré nos recommandations de continuer le traitement le malade n'en fait rien. Il revient nous voir après 3 mois (29 octobre), avec le nez de rechef rouge et enflé, sur le côté droit, criblé de petits boutons pustuleux et de quelques ulcérations produites par les pustules déjà ouvertes. Une de ces ulcérations, plus larges et plus creuses que les autres, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, siége au milieu de l'aile droite. Le début de la récidive remonte à un mois. Syphilide gommeuse en nappe de la voûte palatine, forte céphalée du côté droit.

Le malade ne suit pas le traitement prescrit, cette fois, et va consulter à l'hôpital, où deux confrères lui disent qu'il s'agit d'une affection maligne et qu'il risque de perdre son nez s'il ne se décide pas immédiatement à une opération radicale.

Heureusement, avant de s'exécuter, il revient nous trouver en pleurant pour nous faire part de la sentence des confrères.

Le nez a, cette fois, une très mauvaise apparence. L'ulcération de l'aile s'est élargie et creusée davantage; elle a des bords renversés et durs, un aspect cratériforme, une physionomie enfin, qui à première vue, et sans un examen minutieux, fait penser au cancroïde.

Nous obtenons du malade d'essayer encore une fois le traitement et nous avons la satisfaction de le guérir complètement, au bout d'un mois. La cicatrice est d'abord comme verruqueuse, papillomateuse; mais elle devient souple et unie avec quelques badigeonnages à la teinture d'iode, suivant le conseil de Horand. L'aile du nez est un peu tirillée du côté de la joue par le fait du travail de cicatrisation.

Son bord libre qui est un peu comme aminci, aplati, usé, est tendu d'avant en arrière sans faire sa courbe normale, la narine du côté malade est plus étroite que celle du côté sain.

OBS. 39. — PORTALIER. *Syphilides tuberculo-ulcéreuses de la face, récidivantes. Alcoolisme.* — Femme âgée actuellement de 29 ans (hôpital Saint-Louis).

Syphilis à l'âge de 17 ans, en 1877.

Ultérieurement, accidents graves. Gommès multiples de sièges divers en 1881.

Traitement plus ou moins bien suivi dans les commencements.

Excès alcooliques dans les premiers temps de la syphilis.

En 1885, localisation des manifestations spécifiques à la tête, sur le cuir chevelu et particulièrement à la face.

Syphilides tuberculo-ulcéreuses disséminées sur tout le visage, mais occupant de préférence le nez, les joues, la lèvre supérieure et le pourtour des lèvres.

Poussées incessantes depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui. On ne compte plus les rentrées de cette femme dans le service de M. Fournier pour des récidives de cette même variété de lésion sur le même siège.

La malade vient de rentrer encore à l'hôpital le 24 juillet 1889, pour une récidive nouvelle. Chaque fois elle sort soit complètement rétablie, c'est-à-dire (fait important à noter) sans rougeur, ni induration, ni érosion de la région de la face qui vient d'être affectée, soit seulement à peu près guérie. Malgré les doses considérables d'iodure de potassium et préparations mercurielles que cette femme a absorbées, la même lésion récidive in situ dès que le traitement est interrompu et parfois même au cours du traitement.

OBS. 40. — PORTALIER. *Syphilides tuberculeuses de la face. Récidives incessantes.* — Femme, âgée actuellement de 35 ans (hôpital Saint-Louis).

Chancre syphilitique en 1872. Accidents secondaires intenses et prolongés. Traitement assez régulièrement suivi.

De 1883 à 1889, poussées incessantes et violentes des syphilides tuberculeuses de la face (nez et parties latérales du nez et lèvre supérieure). Cha-

que poussée se traduit de la façon suivante : gonflement considérable de toute la région susdite ; œdème plus ou moins dur ; hyperhémie vive, lacis de vaisseaux veineux ; tubercules plus ou moins gros, quelques-uns ulcérés disséminés sur toute la surface.

Dans ce cas particulier on n'a presque jamais observé comme dans les cas précédents un effacement complet de la lésion à un moment donné. Presque toujours, lorsque la malade quittait le service de M. Fournier, il restait en un point quelconque de la zone affectée un peu de rougeur ou un noyau induré qui devenait le point de départ de la récurrence suivante. De loin en loin quelques lésions de même nature éparses, sur diverses parties du corps, en particulier sur les bras. Échec absolu du traitement interne, administré cependant de la façon la plus énergique et scrupuleusement suivi par la malade pour prévenir la récurrence de cette lésion.

OBS. 41. — PORTALIER. *Syphilides ulcéreuses et syphilides gommeuses des lèvres. Récurrences. Tabac.* — Je vois en ville, en ce moment, avec le professeur Fournier, un homme de 36 ans, ayant contracté la syphilis en 1873 et qui depuis l'année 1875 jusqu'à aujourd'hui, a été affecté incessamment et uniquement de syphilides ulcéreuses et de syphilides gommeuses des lèvres (face muqueuse, bord libre et face cutanée). Le malade ne compte plus les flacons d'iodure de potassium qu'il a vidés ni les doses de mercure qu'il a ingurgitées et tout cela vainement, c'est-à-dire sans arriver à prévenir les récurrences in situ de cette variété de syphilide. Maintes et maintes fois cet homme qui, je ne saurais omettre de le dire, n'est pas alcoolique mais est assez grand fumeur, s'est cru guéri et guéri définitivement, notamment en 1885, année pendant laquelle il est demeuré exempt de toute manifestation de son mal accoutumé.

OBS. 42. — PORTALIER. *Exostose frontale. Récurrences multiples. Traitement.* — Homme. Chancre syphilitique en 1861. Syphilides érosives buccales comme seuls accidents secondaires. Traitement prolongé.

Mariage. Deux enfants sains.

Vers la fin de 1867 (après le mariage et la naissance des enfants) apparition d'une exostose frontale.

Depuis cette époque jusqu'en 1870 plus de 10 récurrences de la même exostose (mercure et KI à doses considérables. Saisons à Luchon, à Aix).

La tumeur s'efface sous l'influence du traitement interne et reparaît dès qu'on suspend le traitement.

A partir de 1870 le malade n'est plus suivi que d'une façon irrégulière. Cependant il est mentionné dans son observation qu'en 1876 après des récurrences nouvelles depuis 1870 cette exostose frontale semble définitivement guérie.

OBS. 43. PORTALIER. — *Exostose de l'olécrâne récidivante.* — Homme ayant contracté la syphilis en 1869.

Accidents secondaires légers. Comme traitement quelques pilules mer-

curielles seulement, mais iodure de potassium (à la dose de 2 à 3 gr. par jour) pris d'une façon assez régulière jusqu'en 1872. Malgré cela, apparition à cette date d'une exostose de l'olécrâne (cubitus droit). La nuit, douleur à faire « pleurer ». Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium amènent chaque fois la disparition presque complète de cette exostose, qui s'accroît de nouveau dès qu'on suspend le traitement.

Obs. 44 (personnelle). — *Périostoses syphilitiques récidivantes. Pas de traitement au début. Alcoolisme. Paludisme.* — B..., Jules, mécanicien, 29 ans, entre le 15 août 1887, salle St-Louis, lit n° 3, pour une albuginite et une périostose syphilitiques.

Il a contracté la syphilis il y a 2 ans (1885). A cette époque il a eu un chancre induré de la verge suivi de roséole et d'alopecie ; depuis lors il aurait maigri d'une façon notable, et présente en ce moment des cicatrices de syphilides gommeuses multiples et de syphilides tuberculeuses disséminées. Il y a dix-huit mois qu'il aurait observé le début d'une albuginite double dont il est porteur. Depuis 3 mois, il souffre de douleurs très vives au niveau d'une saillie volumineuse, allongée, située à la partie moyenne de la crête du tibia gauche.

Pour ces divers accidents, on lui prescrit une pilule de Dupuytren et 3 grammes d'iodure.

Outre ces accidents spécifiques pour lesquels auparavant il n'avait jamais suivi aucun traitement, cet homme souffre encore d'accidents de paludisme qu'il a contracté en 1882, en Afrique. De plus, il présente des signes manifestes d'éthylisme.

Parmi ses antécédents de famille, on trouve des attaques de nerfs chez sa mère et chez un frère.

Au bout de 3 semaines, B... sort de l'hôpital, guéri des phénomènes de périostose et continue le traitement spécifique au dehors jusqu'au 29 octobre 1887. Il entre alors dans le service de M. le professeur Fournier pour une nouvelle périostose de la malléole interne droite : on trouve une tuméfaction doublant le volume de cette malléole au niveau de laquelle, la peau est rouge et œdématiée et les douleurs extrêmement vives.

Le malade se plaint également de douleurs au niveau de la région épicondylieune et de la partie supérieure de l'avant-bras droit, bien qu'on ne sente à ce niveau ni tuméfaction, ni augmentation de volume des os.

Les testicules donnent une sensation d'induration uniforme sans nodosités ; l'épididyme est indemne ; la peau des bourses est normale sans œdème, ni modification de coloration.

Pas d'éruptions cutanées ou muqueuses.

Le malade est soumis au traitement mixte : iodure, 3 grammes ; protoiodure d'hydrargyre, 5 centigrammes ; frictions mercurielles sur les points douloureux.

5 novembre. Depuis 2 jours, est apparu un noyau sphérique du volume

d'une noisette, douloureux spontanément, mais surtout à la pression, dur, saillant, occupant la tête de l'épididyme en totalité.

A sa sortie, le 19 novembre, le malade est très amélioré. La périostite malléolaire droite a diminué de moitié comme volume, la douleur est très atténuée, les phénomènes inflammatoires ont disparu. Le noyau épидидymaire est peu sensible à la pression; il a diminué de volume. Au niveau du tibia gauche on trouve une périostose.

Le 14 décembre 1877, le malade rentre une 3^e fois. Depuis quinze jours il souffre de nouveau au niveau des périostoses malléolaire droite et tibiale gauche qui sont chaudes et tuméfiées; la malléole droite est presque doublée transversalement; elle est rougeâtre et extrêmement sensible.

Au coude droit quelques douleurs persistent, mais sans tuméfaction perceptible.

Dans l'épididyme aucun noyau sensible.

Traitement : protoiodure hg : 5 centigr., KI, 4 gr.

Le malade sort le 26 décembre; il ne souffre plus, les phénomènes fluxionnaires ont cessé, mais les tuméfactions osseuses persistent.

Aucune lésion cutanée, ni muqueuse actuellement.

10 mars 1888. Exostose du crâne légèrement douloureuse des deux côtés de l'occiput; céphalée intense survenant à des intervalles variables. Surdité. Chaînes ganglionnaires cervicales hypertrophiées. Exostose tibiale gauche douloureuse avec irradiations vers le genou.

Rêves alcooliques. Traitement mixte.

10 juin 1890. Des douleurs réapparaissent depuis 2 mois environ et empêchent le malade de marcher. Cette nuit des douleurs se sont montrées dans le coude droit (récidive). Le traitement spécifique a été peu suivi depuis la dernière sortie de l'hôpital. Prescription KI, 2 gr. Sort le 23 juin.

Quelques jours plus tard, récidive de l'exostose tibiale gauche; périostite au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite.

8 février 1891. Blennorrhagie; une légère hydarthrose tibio-tarsienne droite et de vives douleurs au niveau de la bourse séreuse calcanéenne du même côté ont fait penser au rhumatisme blennorrhagique.

Des douleurs périostiques au niveau de la face interne du tibia gauche sont améliorées par l'iodure de potassium, et le 20 février le malade sort guéri de ces accidents.

Le 1^{er} août 1891, puis le 23 avril 1892 et enfin le 18 juin 1892 le malade entre à nouveau à l'hôpital pour des accidents blennorrhagiques. Synovites des gaines péronières droites. Plus d'accidents syphilitiques.

OBS. 45 (personnelle). — *Syphilides ulcéro-gommeuses récidivant au front 12 ans après le chancre, puis à la région sacrée 17, 20 et 22 ans après. Alcoolisme chronique. Traitement opportuniste.* — V..., Pierre, 44 ans, mégissier.

Depuis l'adolescence il a des habitudes alcooliques très prononcées; il

les a même renforcées en Afrique pendant son congé dans un régiment de zouaves ; aujourd'hui encore il boit en moyenne chaque jour 3 à 4 litres de vin, quelques absinthes et de l'eau-de-vie en quantité variable ; aussi a-t-il un tremblement des mains et de la langue des plus marqués ; son sommeil est très léger, entrecoupé de rêves et de cauchemars.

En décembre 1869, à Constantine, il contracta un chancre induré du sillon balano-préputial, bientôt suivi d'accidents secondaires multiples (roséole, plaques muqueuses des lèvres, de la langue, de la gorge, alopécie). Il fut soigné de ces différentes manifestations pendant 4 mois à l'hôpital militaire (pilules).

En juillet 1870, il part avec son régiment en campagne en pleine évolution d'accidents secondaires ; les syphilides érosives de la bouche récidivant sans trêve ni merci étaient si nombreuses qu'elles déterminaient une gêne très notable pour manger le biscuit.

En septembre 1870, il est blessé, une balle traverse le genou gauche, il est soigné à Munich en Bavière pendant une année ; de cette blessure qui a suppuré est résulté une ankylose à peu près complète de l'articulation, accompagnée d'un raccourcissement du membre de 4 à 5 cent., et une atrophie marquée des muscles de la cuisse.

Pendant qu'il était soigné pour sa blessure, il eut une éruption généralisée à tout le corps (face comprise), non prurigineuse, de « boutons rouges » qui guérit assez vite sous l'administration de pilules mercurielles.

En 1872 à la région interscapulaire, apparaît un placard éruptif de la largeur de la main ; il prend alors environ un litre de sirop de Gibert et les accidents disparaissent.

En 1873, il contracte un chancre mou accompagné d'un bubon douloureux, mais non ouvert. Cette affection dura 5 semaines.

La même année il fut soigné à Grenoble pour une gomme située au 1/3 inférieur de la face externe de la cuisse gauche. Cet accident a laissé une cicatrice blanche, un peu déprimée, de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, à contours sinueux.

A la région frontale on remarque également une longue cicatrice blanchâtre à bords festonnés, vestige de syphilides ulcéreuses. En effet, de 1882 à 1884 le malade fut tourmenté par une série d'accidents spécifiques qui récidivèrent à maintes reprises à ce niveau, envahissant même, lors d'une poussée un peu plus violente, la paupière supérieure gauche. Deux fois le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave, dans le service de M. Besnier, pour ces manifestations. Il prit alors du sirop de Gibert, puis de la liqueur de van Swieten ; des bandelettes de Vigo furent appliquées sur les ulcérations. A peu près à la même époque, apparut sur la joue gauche un autre groupe de syphilides ulcéreuses qui ont laissé un îlot de petites cicatrices blanches déprimées.

Vers 1882 également, commença une glossite scléreuse qui a sillonné la langue de dépressions profondes ; au fond de celles-ci, de petites fis-

sures se montrent à toute occasion. Sur la face interne des joues on trouve des plaques blanches de tylose. Le malade est chiqueur. A part ces accidents de fissures linguales, la syphilis paraissait éteinte, lorsqu'en 1887, elle se manifeste sous une forme nouvelle. Au niveau du sacrum apparaît une tuméfaction osseuse douloureuse pour laquelle le malade est soigné avec de l'iodure de potassium dans le service de M. Lailler. Cependant une ulcération ne tarda pas à envahir le tégument mais guérit assez vite.

Le 18 octobre 1890 le malade entre dans le service du professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 27 ; au même endroit sont apparus de nouveaux accidents : on trouve des syphilides gommeuses symétriquement disposées et s'étendant en demi-cercle sur chacune des fesses. Le malade sortit après un séjour d'un mois pendant lequel il avait pris chaque jour 4 gr. d'iodure.

En juillet 1892, débutent encore au même niveau les mêmes accidents qui s'ulcèrent en août malgré les 3 gr. d'iodure que le malade prenait par jour, mais il est juste d'ajouter que « pour se soutenir » il augmentait les doses d'alcool habituelles. Quant à lui, il attribue ces récidives in situ à sa profession : travaillant les cuirs au chevalet il est constamment obligé à des mouvements de flexion et d'extension du rachis, dans lesquels les vêtements par leur frottement continu irritaient la région antérieurement frappée. Aussi, forcé de quitter son travail, il entre à nouveau dans le service de M. Fournier le 3 septembre 1892 ; sur le siège des anciennes cicatrices de la région sacrée on trouve six syphilides ulcéro-gommeuses formant dans leur ensemble un placard de la grandeur d'une paume de main. On lui administre 1 pilule de Dupuytren et 3 gr. d'iodure et localement un emplâtre de Vigo.

Le 10 septembre, sous l'influence du repos et de ce traitement, une seule syphilide n'est pas entièrement cicatrisée, mais le 16 septembre il sort presque complètement guéri.

Aucune autre manifestation spécifique ne s'est montrée ailleurs depuis 1887 ; de même que de 1882 à 1884, la face seule avait été atteinte. La santé générale ne semble pas avoir souffert.

OBS. 46 (personnelle). — *Syphilides scrotales récidivant plusieurs fois un an après le chancre, puis, après 13 ans de silence de la maladie chez un individu insuffisamment traité, alcoolique et absinthique.* — Cl..., Eugène, 32 ans, courtier en vins, entre le 7 janvier 1888, salle St-Louis, n° 11, porteur d'un bubon inguinal gauche consécutif à une chancrelle du frein de la verge, ayant débuté il y a 2 mois. En outre il présente des accidents syphilitiques ; en effet, ce malade a en 1874 un chancre induré du gland et en 1875 il a été soigné à l'hôpital du Midi pendant 2 mois 1/2 ; à cette époque il eut des syphilides scrotales qui se renouvelèrent plusieurs fois et pour lesquelles M. Mauriac lui prescrivit des pilules et des bains de sublimé. Depuis lors, le malade n'avait fait aucun traitement et n'avait eu aucune manifestation spécifique. Il est de nouveau atteint de syphilides

ulcéreuses scrotales et de quelques syphilides tuberculeuses disséminées. Il avoue des habitudes d'alcoolisme et d'absinthisme, accentuées même dans ces derniers temps.

Obs. 47. — *Glossite scléro-gommeuse et gommès du pharynx récidivant chez un fumeur malgré le traitement.* — R..., 28 ans, ébéniste, entre le 13 juillet 1878, dans le service de M. Fournier, pour une blennorrhagie et des accidents tertiaires de la langue.

Sujet à de nombreuses manifestations strumeuses pendant son enfance (gomme, adénopathies, ophtalmies, etc...); à l'âge de 20 ans, il a une fluxion de poitrine et un érysipèle.

En mai 1874, il contracte la syphilis et est soigné dans le service de M. Besnier pour un chancre qui guérit en 3 semaines environ et fut suivi d'une roséole généralisée et très marquée. Il sortit après un séjour de 3 semaines à l'hôpital, et continua pendant près d'un an à prendre des pilules, puis pendant un an aussi de l'iodure. Cependant très peu de temps après sa sortie de l'hôpital St-Louis survenaient une syphilide ulcéreuse du 4^e orteil du pied droit et des syphilides buccales. Le malade est fumeur de cigarettes. Après un séjour de six semaines à l'hôpital du Midi, il sortit à peu près guéri, conservant cependant un enrouement qui persista six mois.

Quatre ou cinq mois plus tard, apparaissent des syphilides labiales pour lesquelles le malade se soumet à un traitement local et général.

Vers le mois d'août 1877, il est soigné dans le service de M. Fournier pour des syphilides ulcéreuses du cuir chevelu et des plaques opalines des amygdales; vers la même époque, il aurait éliminé un petit séquestre de la voûte palatine.

Nous avons vu que le malade étant fumeur avait eu pendant la première année des syphilides linguales. Ces accidents guérissaient sous l'influence du traitement puis reparaissaient; peu à peu il se produisait des fissures à la surface de la langue, puis une plaque ulcéreuse; en juillet 1878, il rentrait dans le service de M. Fournier pour ces lésions: la langue alors présentait un aspect mamelonné très irrégulier, elle était parcourue par des sillons circonscrivant des saillies marquées surtout à la base; au toucher elle donnait à ce niveau une sensation de dureté très accentuée; au milieu on trouvait des plaques blanchâtres de glossite superficielle. Outre cette glossite scléro-gommeuse, le malade présentait au fond du pharynx plusieurs ulcérations: deux d'entre elles irrégulières, à fond bourbillonneux, étaient en partie cachées par le voile du palais; au-dessous d'elles on en trouvait 3 autres plus petites de même nature. Ces divers accidents déterminaient d'assez vives douleurs pendant la déglutition; la santé générale cependant ne semblait pas altérée. Au bout d'un mois de traitement mixte le malade sortait guéri. En continuant l'iodure de potassium au dehors, il resta indemne jusqu'en novembre; mais à cette époque il fait un nouveau séjour d'un mois dans le service de M. Besnier.

Jusqu'au milieu de janvier 1879 plus d'accidents ; mais le 4 février de nouvelles lésions de la langue et de la gorge, analogues à celles qu'il a déjà présentées, le ramènent dans le service de M. Fournier. En somme depuis le début de la syphilis, à peine guéri d'une manifestation il en voit une autre reparaître.

1^{er} mars 1879. Exeat.

Obs. 48 (personnelle en partie). — *Récidives multiples d'accidents tertiaires du pharynx et du voile. Gomme développée sur l'emplacement du chancre. Alcoolisme.* — Sa..., Jules, fondeur en suif, 25 ans, entre salle Saint-Louis, lit 17, le 2 juin 1888, pour des accidents pharyngés.

En 1882, il contracte la syphilis et est soigné à l'hôpital du Midi pendant 2 mois 1/2 pour un chancre induré de la verge, de la roséole, des plaques muqueuses, des croûtes dans la tête et une laryngite qui dura 3 mois.

En 1884, il entre au même hôpital pour une *gomme* survenue au *siège de l'accident primitif*. Il reste un mois environ au Midi (pilules). Mais après guérison subsiste une fistule uréthrale à travers laquelle passe l'urine. A la même époque il eut des gommès sous-cutanées et des syphilides ulcéreuses du palais et du voile palatin. Ces dernières amenèrent une perforation du voile.

Le 8 janvier 1887, survient une dacryocystite suppurée de l'œil droit pour laquelle il est soigné salle St-Louis, lit 18 (iodure). Quelques jours plus tard, la poche purulente s'ouvre et le malade sort de l'hôpital conservant une fistule ; il continue à prendre de l'iodure à faible dose au dehors.

En octobre 1887. Gomme de l'angle interne de l'œil gauche, en même temps gomme du pharynx ayant débuté il y a un mois (iodure, 4 gr.).

2 juin 1888. *Nouveaux accidents pharyngés.* L'arrière-gorge est complètement déformée ; à gauche, on ne trouve plus trace de piliers ; à droite le pilier postérieur se trouve confondu avec la paroi postérieure du pharynx ; la luette est déjetée vers la droite ; toute la partie postérieure du pharynx est irrégulière et considérablement hypertrophiée. Sur les bords du voile ou mieux sur ses débris, on trouve des syphilides gommeuses végétantes (iodure, 4 gr. ; puis 2 gr. à sa sortie de l'hôpital, 16 juin).

19 décembre 1888. *Nouvelle récurrence d'accidents pharyngés et nasaux* ayant débuté il y a une quinzaine de jours. Les liquides surtout et les solides refluent par le nez ; la voix est nasonnée ; le malade se plaint de raideur de la nuque ; mais il demande à sortir à Noël, avant d'être guéri.

3 mai 1889. Entre pour une *gomme du pharynx située* au niveau de l'atlas et de l'axis ; il dit n'avoir pour ainsi dire pas cessé de se soigner depuis sa dernière sortie de l'hôpital (frictions mercurielles 4 gr., iodure 3 gr., attouchements à la teinture d'iode).

Le malade se plaint d'une vive douleur à la nuque ; il peut fléchir la tête sans souffrance, mais l'extension est très difficile. L'examen de la nuque ne révèle aucune fluctuation. On applique 6 ventouses scarifiées, mais

sans succès ; la mobilité de la tête devient de plus en plus difficile et douloureuse ; on redoute une gomme vertébrale. On aurait pu croire à un mal de Pott, mais la constitution du malade et surtout la lésion de l'arrière-cavité des fosses nasales écartent cette idée ; en raison même de la gomme on pense plutôt à une inflammation de voisinage des articulations vertébrales.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives, le malade ne peut mouvoir la tête sans pousser des cris. Le glissement des vertèbres ou l'écrasement d'un corps vertébral est à craindre, aussi applique-t-on une minerve plâtrée. Le malade, dans l'impossibilité presque complète de mouvoir la tête, se trouve soulagé. Au bout de 3 semaines, sur la demande du malade, l'appareil est enlevé, mais les mêmes accidents se reproduisent accompagnés des mêmes crises douloureuses.

Huit jours plus tard, une seconde minerve est appliquée et les accidents disparaissent. Quinze jours après on enlève l'appareil, la gomme du pharynx étant en voie de guérison. Les mouvements de la tête peu étendus sont faciles ; seule l'extension reste très limitée et très douloureuse. Deux jours plus tard, au cours d'une quinte de toux le malade expulse par le nez un fragment d'os nécrosé de la grosseur et de la forme d'une petite amande, mais à contours irréguliers et hérissé de pointes osseuses. Ce fragment trop gros pour venir des os du nez, du frontal ou de l'éthmoïde, est attribué au corps de l'une des premières vertèbres cervicales. De plus, l'examen rhinoscopique révèle la disparition complète des cornets.

Malgré la gravité de son état le malade demande à sortir avant d'être guéri.

Septembre 1889. Il présente un point de broncho-pneumonie sans fièvre dans la région axillaire droite.

10 décembre 1890. *Nouveaux accidents pharyngés.*

Obs. 49 (complétée, thèse de G. BAUDOUIN). — *Syphilis intense précoce. Gomme au siège du chancre. Récidives d'accidents ulcéreux de la gorge et de la peau (face, cuir chevelu, membres supérieurs, dos). Alcoolisme.* — B..., Victor, 42 ans, ajusteur, entré le 18 septembre 1887, salle St-Louis. Le 2 octobre 1885. 1^{er} séjour. Chancre induré de la rainure datant alors de 3 semaines et survenu 5 semaines après le contact suspect ; soigné auparavant à la consultation du Midi (2 pilules de protoiodure par jour ; à St-Louis, 1 seule pilule). Le chancre s'est cicatrisé au bout de 7 semaines. Il se serait réulcéré à nouveau au bout de 3 semaines pour ne se cicatriser définitivement que 15 jours plus tard. En même temps blennorrhagie.

En novembre 1885. Conjonctivite blennorrhagique qui dura 3 semaines. A eu pendant ce séjour, de la roséole, des syphilides papulo-squameuses, des syphilides buccales, de la fièvre et une céphalée rebelle.

Sorti le 15 janvier 1886 ; il continue à prendre de l'iodure de potassium et environ une trentaine de pilules de protoiodure. Cependant au commencement de février, il est pris d'un mal de gorge des plus douloureux qui

empêche toute alimentation solide. Au cours de cette angine dans une quinte de toux il expulsa sa lnette.

A peu près à la même époque des *accidents ulcéreux* sont survenus sur la *cicatrice antérieure du chancre* et sur les bras. A la verge la lésion a laissé sur la rainure et la surface du gland une cicatrice profonde à contour surélevé, demi-circulaire. A peine toutes ces manifestations étaient-elles terminées que survenait une nouvelle poussée qui le force à faire un 2^e séjour de 5 semaines à l'hôpital.

20 février. Syphilides gommeuses de la face, de la nuque et du *bras gauche* dont plusieurs sont ulcérées profondément. Sur le reste du corps on note des macules d'anciennes éruptions. Une ulcération gommeuse du voile du palais a détruit la lnette. Des maux de tête que le malade éprouvait ces temps derniers ont disparu. Pas de toux. Rien à l'auscultation. L'appétit est bon ; pas d'amaigrissement.

Le malade qui, avant la syphilis, faisait des excès alcooliques, dit avoir rompu avec ses anciennes habitudes ; il n'a fait aucune maladie ; c'est un individu robuste, bien constitué ; il s'est soigné depuis le début, mais il fait un métier dur, exigeant une grande force musculaire (ajusteur mécanicien).

Soumis au traitement mixte (2 pilules de Dupuytren et KI 3 gr.), les ulcérations étant recouvertes de bandelettes de Vigo, il sort complètement guéri de ces accidents le 19 mars 1886.

Continuant à se soigner chez lui, il reste indemne de toute manifestation pendant 1 mois.

Mais dans la seconde quinzaine d'avril apparaissent de nouvelles ulcérations sur la face, le tronc et les membres. Puis il souffre de la gorge, il a de la peine à avaler, la voix devient nasonnée.

22 mai 1886. 3^e séjour. Il présente des *syphilides tuberculo-ulcéreuses* en assez grand nombre disséminées sur le tronc et les *membres*, la *face* et le cuir chevelu.

Dans la gorge qui est rouge sur toute son étendue, on trouve des *ulcérations sur les parois latérales du pharynx*. Après un mois de traitement mixte il sort guéri de ces accidents.

Le 16 avril 1887, le malade entre une 4^e fois présentant des *gommées ulcérées* ; celles-ci sont disséminées sur tout le corps, mais elles sont plus abondantes *aux lèvres*, au *menton*, au *dos*, sièges de manifestations antérieures. L'apparition de cette poussée nouvelle en janvier dernier a coïncidé avec une période d'excès alcooliques. Le malade qui se livrait déjà à la boisson en temps ordinaire et prenait chaque jours 3 litres de vin, a fait des excès constants depuis la mort de sa femme en janvier 1887 et en même temps a négligé tout traitement.

18 septembre 1887. 5^e séjour. Gommées et syphilides tuberculeuses de la face multiples (*lèvre inférieure*, sillon naso-génien, régions malaire et sourcilières) apparues au milieu de cicatrices les unes anciennes, les autres plus récentes.

On voit à la voûte palatine, sur la ligne médiane, à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs de la portion osseuse, une cicatrice en forme d'étoile, à grand axe antéro-postérieur long d'un cent., à petit axe transversal large de 1 cent. 1/2. Cette cicatrice est déprimée et à son centre persiste un petit orifice, faisant communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales, et laissant parfois repasser les aliments par le nez. Elle date de trois mois et a succédé à une gomme ulcérée. Sur le fond du pharynx, se voient de nombreuses cicatrices d'ulcérations gommeuses.

Enfin, la luvette entière a disparu, sectionnée au ras de sa base, vraisemblablement par une gomme ulcérée, au début de l'année 1886; le malade a d'ailleurs eu à ce moment, une dysphagie intense.

Depuis 3 semaines, il ressent une gêne sensiblement plus marquée de la respiration, accusée surtout la nuit, l'obligeant à se lever et à ouvrir la fenêtre; mais jamais il n'a eu de suffocation paroxystique.

En même temps il a été pris de toux quinteuse qui persiste encore aujourd'hui.

Depuis une dizaine de jours, le malade se plaint de dysphagie, les aliments solides, et même les liquides passaient difficilement: d'ailleurs pas de vomissements. Il affirme que son larynx a augmenté de volume et notamment s'est élargi notablement. Examen des viscères. Poumons et cœur normaux. Rien du côté des reins ni des fonctions urinaires.

La santé générale est affaiblie, l'appétit languissant.

Dès l'entrée, le malade est mis à l'iodure de potassium.

5 mai 1888. 6^e séjour. Glossite tuberculeuse.

Obs. 50 (*). — *Syphilis grave précoce. Syphilis dénutritive. Série de récives in situ à la lèvre supérieure, au cuir chevelu, au frein de la verge (siège antérieur du chancre), au gland. Alcoolisme.* — M..., ajusteur, contracte la syphilis en 1884, à l'âge de 25 ans; chancre du frein qui disparaît assez rapidement.

Six mois après, éruption de syphilides ulcéreuses sur les bras et les jambes.

En 1885, perforation du voile. Syphilides du gland,

En 1886, gomme du pharynx. Lésions du larynx (altération de la voix, raucité) survenues brusquement.

Syphilides tuberculo-croûteuses du cuir chevelu et placards (faviformes).

En 1887, le malade entre pour la première fois dans le service de M. le professeur Fournier (au mois d'octobre), présentant les lésions suivantes:

Syphilides tuberculo-croûteuses du cuir chevelu qui remontent (au dire du malade) à un an.

Syphilide gommeuse de la lèvre supérieure (occupant toute la lèvre), lésion datant d'un mois.

Syphilide gommeuse de la région du frein (siégeant au niveau du chancre).

Gomme du pharynx dont le début remonte à un an.

Troubles de la voix (raucité).

Symptômes généraux, amaigrissement notable ; depuis un an le malade a perdu 20 livres ; il pesait 170 livres avant de prendre la syphilis, et maintenant il pèse seulement 144 livres, soit en tout une perte de 26 livres depuis le début de la maladie.

En 1888, pendant les six premiers mois, pas d'accidents.

La syphilis reste à l'état latent. Le malade qui a quitté l'hôpital, comprenant l'importance qu'il y a pour lui à se traiter d'une façon continue, n'a pas cessé de prendre de l'iodure de potassium.

En août 1888, retour des accidents spécifiques.

En janvier 1889, retour dans le service, gomme de la lèvre supérieure.

15 jours après, syphilides tertiaires du gland, Syphilides du cuir chevelu.

Comme on le voit, les accidents restent localisés aux mêmes régions. Les troubles laryngés existent depuis deux ans.

Symptômes généraux : céphalée, inappétence, insomnie légère.

Du côté des viscères on trouve seulement un peu de submatité au sommet du poumon droit et une respiration un peu soufflante à ce niveau.

A l'exception des six premiers mois (après le chancre), pendant lesquels le malade a été soigné seulement par un herboriste, il n'a jamais cessé de suivre le traitement antisiphilitique (pilules de protoiodure, puis sirop de Gibert, iodure de potassium, etc.).

Pas d'antécédents pathologiques ni héréditaires.

La gravité de la maladie et la continuité de ses manifestations ici, nous semblent imputables absolument à l'alcoolisme.

Obs. 51 (complétée) *. — *Syphilis grave précoce ; syphilis dénutritive ; 4 atteintes de gommages du pharynx ; syphilide gommeuse ulcérée au siège des accidents primitifs ulcéreux eux-mêmes. Alcoolisme. Tuberculose pulmonaire.* — Ge..., Henri, 44 ans, entre le 29 mai 1886, dans le service de M. le professeur Fournier, salle St-Louis, n° 7.

Le malade s'est présenté, en mars dernier, à la consultation, porteur de 2 chancres indurés du sillon balano-préputial qui offraient l'aspect de gommages ulcéreuses.

Ces accidents sont actuellement cicatrisés, mais ils ont laissé une induration considérable. Traitement pendant 2 mois.

Mai 1886. Adénopathie inguinale très marquée ; adénopathie cervicale.

Au niveau des piliers postérieurs de chaque côté, ulcération recouverte d'un enduit grisâtre d'apparence pseudo-membraneuse.

Sur la peau, traces de grattage dues à une gale antérieure ; le malade avoue boire de 2 à 3 litres de vin par jour ; donc alcoolisme certain.

10 juin. Les ulcérations sont en voie de réparation.

Le 18. Elles sont complètement cicatrisées. Le malade sort alors guéri. Traitement : 1 pil. Dupuytren ; KI.

Rentré chez lui, continue à se soigner régulièrement, prenant en moyenne 2 gr. d'iodure par jour.

23 octobre. Il y a 8 jours il s'est aperçu subitement qu'il était paralysé du côté droit ; du reste au mois de mai il souffrait de la tête depuis quelque temps déjà.

Actuellement, monoplégie brachiale droite incomplète.

Le malade peut soulever l'avant-bras, mais il ne peut serrer la main. Parésie du même côté également incomplète, le malade marche en traînant la jambe.

Paralysie faciale.

Déviations de la langue et de la lèvre.

Aphonie complète et obtusion intellectuelle.

Légère anesthésie à droite.

On prescrit : frictions mercurielles, KI 3 gr.

Le 27. Le malade est très affaibli et ne prononce absolument aucune parole. Diarrhée abondante pendant la nuit. Facies alangui et amaigri ; Exagération des réflexes du côté droit ; le bras est en monoplégie incomplète, mais le malade ne peut le mettre sur la tête et n'ouvre les doigts qu'avec peine.

Pouls très lent. Frictions mercurielles continues.

Le 28. Mieux sensible ; le malade est moins affaibli et répond mieux aux questions qu'on lui pose.

Le bras et la jambe sont dans le même état.

3 novembre. Le malade répond par des phrases entières aux questions qu'on lui pose, mais le bras est toujours en monoplégie incomplète. Pourtant la main serre un peu mieux ; même état aux membres inférieurs.

La paralysie faciale est très améliorée.

Le 10. L'aphasie a presque complètement disparu. Il ne reste plus qu'un peu de difficulté de la parole due à la paralysie faciale.

Le 17. Quoique le bras soit toujours faible, le malade le remue facilement ; aujourd'hui il peut le porter sur la tête.

La parole est encore un peu traînante, le malade se lève, va se promener.

8 décembre. Encore quelque difficulté pour trouver les mots. Du côté du bras droit il y a encore un peu de parésie.

11 janvier 1887. Exeat, complètement guéri. Rentre chez lui, se soigne de nouveau avec de l'iodure de potassium.

5 novembre 1887. Le malade entre pour la 3^e fois dans le service. Il souffre à nouveau de la gorge et éprouve une gêne extrême pour parler et surtout pour avaler les aliments ; il a dû suspendre depuis 15 jours son traitement ioduré. Se plaint aussi de douleurs dans le ventre, douleurs très fortes surtout quand il se baisse.

La monoplégie brachiale droite soignée antérieurement dans le service, est incomplètement guérie.

Parfois aussi, la jambe droite est très faible, et le malade ressemble à un homme ivre.

Il se plaint aussi de céphalalgie et de douleurs dans les oreilles depuis qu'il a mal à la gorge.

Ces douleurs ne sont guère augmentées pendant la mastication, mais elles sont continues et l'oreille gauche serait plus sensible que la droite.

La lésion pour laquelle il entre de nouveau dans le service siège sur la face *postérieure du pharynx*. Elle se présente sous l'aspect d'une ulcération ovalaire, à grand axe vertical, à fond crémeux grisâtre, peu douloureuse au contact, elle n'est le siège d'aucun écoulement notable. Aucune lésion, ni cicatrices cutanées. Actuellement très affaibli, il tousse d'ailleurs depuis 1878, a maigri (20 livres en un an), n'a jamais craché de sang, mais transpire souvent la nuit; il présente aux deux sommets, mais surtout à gauche, de la submatité, de la rudesse respiratoire et quelques craquements secs.

Part le 26 novembre à Vincennes; la gomme pharyngienne est complètement cicatrisée sous l'influence du traitement ioduré.

A Vincennes, passe 17 jours sans aucun traitement.

31 décembre. C'est pendant ce séjour que débutaient les lésions frontales actuelles. Il y a 8 jours seulement, début de la lésion de la verge.

Syphilides gommeuses du cuir chevelu, croûteuses, formant un large placard à la partie supérieure du front; d'autres, plus petites, sont disséminées sur la ligne médiane au niveau du vertex d'avant en arrière, jusqu'à la partie supérieure de l'occipital; une seule sur le front (ligne médiane), peu volumineuse, non ouverte. Sur la lèvre supérieure, deux gommes: une, à la partie la plus élevée, immédiatement au-dessous de l'attache postérieure de l'aile du nez, ouverte comme à l'emporte-pièce, à bords épais, infiltrés, à fond jaune grisâtre, du diamètre d'une pièce de 20 cent. à la base; l'autre, également à gauche, mais à la partie inférieure de la lèvre, entamant à peine la face muqueuse, également ouverte, ulcération circulaire un peu plus grande que la précédente.

Au niveau de la queue du sourcil droit, autre gomme recouverte d'une croûte noirâtre et laissant sourdre par la pression un liquide purulent.

La narine droite est sensible, mais on n'y voit plus de gommes à la vision directe. A l'endroit même où avaient siégé en mars 1886 les 2 chancres ulcéreux sur la verge, *au niveau du repli balano-préputial*, immédiatement à droite du frein, ulcération profonde, entaillée à l'emporte-pièce, à fond grisâtre, bourbillonneux (gomme ouverte). Le malade reste affaibli, cependant l'appétit est suffisant; mais un peu de dysphagie. Il tousse toujours beaucoup (mêmes signes d'auscultation), transpire la nuit. Le malade affirme avoir repris chaque jour 2 gr. d'iodure depuis son retour de l'asile de Vincennes (13 décembre).

11 février 1888. Poids, 58 kil., 500; dénutrition et cachexie spécifiques.

24 mars. 5^e entrée dans le service; *de nouveau* le malade présente des gommes du *pharynx*.

2 juin 1888. Les *mêmes accidents* ramènent le malade à l'hôpital.

OBS. 52 (*).— Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilides ulcéreuses pendant l'évolution du chancre, puis syphilides serpiginieuses,*

syphilides phagédéniques. Récidive. Absinthisme. — L..., chancre immédiatement suivi d'accidents secondaires, de syphilides malignes, ulcérations nombreuses ayant occasionné des cicatrices indélébiles, larges, brunâtres, notamment sur les jambes.

Deux ans après, *lésion ulcéreuse du pied ayant pris le caractère serpiginieux*; syphilides phagédéniques des deux bras, développées à des époques différentes.

Deux ans plus tard (14 avril 1878), *effroyable phagédénisme du pied et des membres supérieurs* :

1° Au pied, syphilides ulcéreuses de la plante; il y a quelques mois le tendon d'Achille était absolument à nu. Aujourd'hui l'ulcération contournée affecte la plante et le dos vers les orteils, pénétrant entre plusieurs de ceux-ci pour regagner la face plantaire.

2° Au bras droit, énorme syphilide phagédénique décrivant une courbe du bras à l'avant-bras. Au centre est un îlot ulcéreux. Les portions intermédiaires, sont en partie saines, en partie eczémateuses (irritation par le cérat) avec croûtes fétides, persistantes (croûtes formées par le cérat concrété).

3° Au bras gauche, même syphilide moins étendue en hauteur : cercle sain, eczémateux, rougeâtre, avec îlot ulcéreux au centre.

Ces deux syphilides ont rayonné du centre à la périphérie. La cicatrice est peu déprimée, les ulcérations étant, en effet, superficielles relativement et n'entamant guère que la moitié du derme, plus creuses seulement sur quelques points.

État général assez bon. Appétit conservé.

Sur le visage, on remarque de l'acné. Autrefois le malade a fait des excès d'absinthe. Il ne s'est pas levé depuis 14 mois. La jambe qui porte l'ulcère est très émaciée.

Il a fait peu de traitement : sirop de Gibert à faibles doses, pas d'iodure depuis (2 ans). Pansement au coaltar et au cérat.

On prescrit : iodure de potassium. Bains. Vigo.

Le 16 octobre 1881 (plus de deux ans après!), toute l'étendue du bras n'est qu'une cicatrice, couverte de papules croûteuses psoriasiques; on dirait du psoriasis ordinaire. Cependant la base en est dure. On ne peut dire si c'est une syphilide papulo ou tuberculo-croûteuse sèche, psoriasiforme.

Le malade marche en pied bot équin.

On prescrit : sirop de Gibert à l'intérieur, iodoforme en pansement.

Le 21 novembre-suivant. Grande amélioration. Il ne reste plus que deux ulcérations au coude.

OBS. 53 (personnelle). — *Récidives multiples de syphilides palmaires et plantaires pendant les 3 premières années. Silence de la maladie pendant un an après une variole. Depuis 10 ans récidives incessantes in situ de syphilides tuberculeuses. Syphilis traitée.* — Marie W..., 38 ans,

laveuse, vient le 3 septembre 1892, à la consultation de l'hôpital St-Louis.

Elle présente, à la région fessière gauche, un large placard éruptif dont le grand axe horizontal mesure de 20 à 25 centimètres, le petit axe vertical de 10 à 12 centimètres. Les contours nets et circonscrits sont formés par des courbes arrondies, qui se réunissent plus ou moins les unes aux autres. Les éléments éruptifs sont plus nombreux à la périphérie, plus nombreux aussi, confluent même du côté du sacrum ; ils sont pour la plupart d'un rouge sombre, comme vernissés. Ceux qui sont sur les limites supérieures sont recouverts de croûtes assez épaisses, brunes, au-dessous desquelles se trouvent des ulcérations, quelques éléments même sont ulcérés, jaunâtres. L'ulcération superficielle à bords irréguliers semble due au frottement du corset. Au toucher, chacun des éléments a une consistance ferme ; isolés les uns des autres, ils ont le volume d'un grain de chènevis et semblent enchâssées dans la peau à la surface de laquelle ils font une légère saillie. Spontanément, ils sont indolents ; mais au point de contact, du corset ils déterminent une assez vive démangeaison.

Quelques éléments plus affaiblis, recouverts de fines squames, sont situés vers le centre du placard, et à côté d'eux on voit des macules brunes et des cicatrices blanches arrondies, vestiges d'anciennes éruptions.

Au-dessous de ce grand placard ; quelques éléments aberrants, ainsi qu'un groupe d'une douzaine d'éléments situés à la face postéro-supérieure de la cuisse gauche.

De nombreuses cicatrices peu déprimées criblent toute la région fessière située entre ce dernier groupe et le précédent.

Du côté droit, la région fessière est indemne ; les cicatrices sont situées à la partie postéro-supérieure de la cuisse.

Le diagnostic de syphilides tuberculeuses s'imposait à première vue.

Du reste la malade, soignée depuis longtemps par M. Fournier, nous dit qu'elle a contracté la syphilis il y a 14 ans. En septembre 1878, elle eut à l'entrée du vagin une ulcération ; lorsqu'elle vint alors se faire examiner, on inocula à la cuisse droite du pus de cette plaie, mais sans résultat.

Un mois plus tard environ, on constatait une roséole généralisée à tout le tronc. Peu après, apparaissaient des érosions buccales, des maux de gorge, des maux de tête violents qui se montraient chaque soir, avec une régularité parfaite, pendant 4 à 5 mois. En même temps que l'angine, survint de la surdité de l'oreille gauche pendant deux mois. Alopécie. Pas d'amaigrissement ni de phénomènes généraux.

Durant les 3 premières années, la syphilis fut toujours en évolution. Tantôt des syphilides palmaires, tantôt des syphilides plantaires, le tronc et la face restant toujours indemnes.

Il y a 10 ans, 4 ans après l'infection, la malade, au cours d'une épidémie, contracte une variole, qui la met au lit pendant 3 mois. Pendant toute l'année qui suivit, aucune manifestation spécifique ne se fit jour. Mais depuis cette rémission, sans jamais présenter ailleurs le moindre accident, sans aucun trouble de la santé générale, la malade est atteinte d'accidents

semblables à ceux que nous avons constatés plus haut. Ceux-ci débutèrent pour la 1^{re} fois, à la région postéro-supérieure de la cuisse gauche et, peu à peu, prenant une marche envahissante à chacune de leurs poussées successives, ils atteignirent le côté droit. Tantôt les accidents sont complètement guéris lorsque survient une nouvelle éruption, tantôt ils sont en pleine évolution en un point, lorsqu'un peu plus loin, apparaît un groupe de syphilides. Le traitement très actif sur les éléments, semble incapable d'en faire échouer l'éclosion. Ces accidents semblent survenir sans être appelés par aucune cause pathologique. De plus, la malade s'est soignée d'une façon régulière depuis le début de l'infection.

Obs. 54. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis grave précoce. 3 récidives de syphilides tuberculo-croûteuses au nez et aux lèvres. Impaludisme. Tabac.* — C..., 39 ans; chancre en septembre 1883. Accidents secondaires (taches sur la figure et les bras).

En janvier 1884. Syphilides tuberculo-croûteuses (nez, lèvre supérieure). Traitement spécifique.

5 avril. Syphilides améliorées.

Le 11. Ulcération gommeuse du voile. On augmente les pilules de protoiodure. Amélioration consécutive.

18 septembre. Le malade revient avec des syphilides tuberculo-croûteuses du nez et de la lèvre supérieure, qui ont reparu depuis deux mois, et quelques érosions labiales. Le malade a régulièrement pris jusqu'à 3 et 4 grammes d'iodure par jour. Il fume. On prescrit une pilule de protoiodure, pommade au calomel.

26 novembre. Syphilides tuberculeuses, éruption sycosiforme aux deux lèvres et au nez.

En janvier suivant. Mieux très accentué. Impaludisme.

Obs. 55 (personnelle). — *Syphilides gommeuses du nez et du dos récidivant in situ. Traitement opportuniste. Alcoolisme.* — P..., Louis, 27 ans, représentant de commerce, entre le 12 février 1887 salle Saint-Louis, n° 16.

En septembre 1886, chancre induré dont la cicatrice occupe la portion droite du sillon balano-préputial sur une longueur de 2 cent. 1/2 environ.

Au début, simple traitement local de l'ulcération avec de l'iodoforme. Mais des plaques muqueuses ne tardent pas à apparaître aux lèvres. Deux mois après, poussée de taches rouges, foncées, bien délimitées, pour lesquelles un médecin prescrit des pilules de protoiodure, de l'iodure et de l'emplâtre de Vigo. Cette éruption devient bientôt croûteuse, occupant surtout le front et le cuir chevelu, et en moindre abondance la face. Au cuir chevelu, elle a déterminé une alopecie partielle. Deux éléments éruptifs situés à la base des ailes du nez desquamant constamment, se sont recouverts depuis deux jours de croûtes épaisses, sèches sur lesquelles le malade a appliqué de la pommade iodoformée. Sous l'influence des pilules

de Dupuytren, ces accidents régressent rapidement et la guérison est à peu près complète, lorsque le malade demande à sortir, une dizaine de jours plus tard. Au dehors, il continue à prendre chaque jour 2 gr. d'iodure pendant 15 jours, mais des maux d'estomac le forcent à suspendre ce traitement. Aussi, vers le 10 mars apparaît sur la partie supérieure du dos, une poussée de syphilides tuberculeuses, puis vers la fin de mai, à la région temporale droite, un bouton qui augmente de volume, en s'ulcérant, puis se couvrant de croûtes. Enfin, au commencement de juin, nouvelle éruption de syphilides gommeuses sur le cuir chevelu (récidive in situ).

10 juin. Il présente à nouveau des syphilides gommeuses disséminées ; ces éléments, de la grosseur d'un grain de blé, de coloration rougeâtre, siègent au milieu d'une infiltration diffuse du lobule du nez. Sur la partie supérieure, réapparaissent pour la seconde fois des syphilides tuberculeuses, les unes sèches, les autres ulcérées et recouvertes de croûtes formant un placard, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. A la région temporale droite, on trouve une eschare gommeuse de même dimension qui s'accroît excentriquement. Sa partie centrale est recouverte d'une croûte épaisse jaune verdâtre ; les bords, d'un rouge sombre violacé, sont infiltrés. La pression est douloureuse à ce niveau et même le malade y accuse spontanément une sensation pénible. La suppuration est abondante, fétide. Sur le cuir chevelu des syphilides gommeuses rupioïdes, de la grosseur d'une noisette, sont également douloureuses.

Cependant l'état général reste bon ; et bien que le malade tousse depuis quelques jours seulement, à l'auscultation on ne trouve rien.

Il faut voir dans l'alcoolisme du malade un facteur de gravité puissant, capable d'expliquer la malignité précoce de cette syphilis.

Le 15 juillet, après avoir pris chaque jour 4 gr. d'iodure et les ulcérations ayant été pansées à l'iodoforme et au Vigo, le malade sort guéri.

7 février 1888. *Récidives in situ* des syphilides gommeuses du nez.

22 juillet 1888. *Nouvelle récidive in situ* des mêmes accidents et, en même temps, syphilide ulcéreuse de l'index droit.

Obs. 56. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis grave précoce. Récidive de syphilides ulcéro-croûteuses du nez, de la face, du cuir chevelu et des jambes.* — P..., en décembre 1866, chancre phagédénique ayant tout crénelé le gland.

Six semaines après, plaques muqueuses.

En février 1867, syphilides ulcéro-croûteuses du nez, de la face, des jambes, du cuir chevelu.

En décembre, à la rainure du nez énorme syphilide ulcéro-croûteuse (croûte énorme et très épaisse). Sur la joue, cicatrices creuses de syphilides semblables. Sur les mains et les jambes, ulcérations de la largeur d'une pièce de 5 francs. Sur le cuir chevelu, croûtes épaisses et très larges.

Traitement : pilules de protoiodure ; iodure de fer et iodure de potassium ; pansement au Vigo.

Amélioration progressive dans les mois suivants et guérison vers Noël.

OBS. 57. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis grave précoce. Syphilides tuberculo-ulcéreuses de l'avant-bras récidivantes.* — N..., 23 ans ; en 1876, chancre et accidents secondaires. Traitement de huit mois (pilules de Dupuytren). Dès la première année, *syphilides tuberculo-ulcéreuses, au bras, à l'avant-bras et à la tête* ; poussées successives sans interruption. Traitement : iodure pendant trois ans, et sirop de Gibert pendant un an.

En 1881, présente encore d'énormes syphilides tuberculo-ulcéreuses du cuir chevelu et des syphilides tuberculeuses de l'avant-bras.

OBS. 58 (personnelle). — *Syphilis grave précoce. Gomme de la jambe gauche. Six récidives in situ. Varices. Misère. Traumatisme local.* — T..., Gustave, 38 ans, marinier, se présente le 10 septembre 1892, à la consultation de M. le professeur Fournier. Ce n'est pas un alcoolique chronique, mais de temps à autre il s'enivre. Souvent sans travail, il « n'a pas les moyens, dit-il, de se saouler ». Sa tenue indique du reste sa misère et tout manque d'hygiène.

En 1883, il a été soigné pour une fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu.

Le 16 août 1889, il entrain à l'hôpital St-Louis, où il fut traité pendant un mois, salle Cazenave, pour un chancre induré, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, siégeant sur le prépuce ; peu de temps après, se manifesta une éruption de taches roses, généralisée à tout le corps et à la face ; pendant son séjour, apparut sur le 1/3 inféro-antérieur de la jambe gauche une « grosseur » ovalaire, qui ne tarda pas à s'ouvrir, donnant lieu à une ulcération profonde, creusée comme à l'évidoir, de fond jaunâtre. Cet accident guérit assez rapidement sous l'influence du traitement mixte.

Depuis lors, six fois s'est montrée la même lésion, et toujours au même endroit. Elle guérit chaque fois, même sans que le malade soit obligé de garder le repos au lit, par l'iodure et les pilules en 3 semaines environ, mais reparait chaque fois que cette région est exposée à un traumatisme.

De plus, sur ce membre variqueux, autour de cette gomme qui pourrait admettre une grosse amande, la peau d'un rouge uniforme, lisse, luisante, tendue, forme un placard infiltré, épaissi, haut de 10 à 12 centimètres, faisant presque le tour de la jambe, et limité par des bords circinés, géographiques d'aspect.

En outre, depuis 3 mois le malade se plaint de maux de tête, siégeant à la région frontale gauche, et de bourdonnements d'oreilles du même côté. Il a des étourdissements le soir et le matin ; assez souvent, la vue est brouillée ; la démarche titubante, à tel point qu'il lui arrive assez souvent

de manquer de tomber sur les bateaux où il travaille, de même qu'en descendant les marches des trottoirs. Traitement : KI, 3 grammes, 1 pilule Dupuytren ; occlusion à l'emplâtre de Vigo.

1^{er} octobre. Amélioration très notable. L'ulcération est presque comblée ; la zone rougeâtre et infiltrée périphérique a diminué d'étendue : sa coloration est beaucoup plus pâle. L'épiderme desquame à sa surface.

Les vertiges persistent avec la même intensité.

Continuation du même traitement.

Obs. 59. — *Récidives d'une ulcération syphilitique. Traumatisme local.* — A..., François, 31 ans, polisseur, entre le 12 juillet 1890 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 16.

En 1883, chancre induré de la verge, roséole, maux de gorge, soignés au Midi. Le malade dit avoir suivi un traitement pendant 10 mois (biiodure de mercure, bains de sublimé).

En 1886, ulcération à la partie inféro-interne du tibia gauche, pour laquelle il entre dans le service de M. Lailler. Séjour de 2 mois, traitement mixte (protoiodure et iodure).

De 1886 à 1889 aucun accident. Mais en septembre 1889, récidive in situ de syphilides tuberculo-ulcéreuses pour lesquelles il est entré à la salle Saint-Louis. Enfin il y a 3 semaines, à la suite d'un coup, apparut au même point que précédemment une petite ulcération qui s'étendit progressivement. Aujourd'hui, il existe une plaie de la dimension d'une pièce de 2 francs, d'où suinte un liquide séro-sanieux. Le fond de l'ulcération est d'un blanc jaunâtre ; les bords sont un peu irréguliers, décollés, entourés d'une peau rouge foncé, lisse. De plus, aux deux membres existent des varices assez prononcées, surtout à gauche. S'agit-il d'une ulcération simple ou syphilitique ? Le traitement mixte est donné à titre d'épreuve.

Obs. 60 (personnelle). — *Gommes des membres inférieurs chez un buveur, insuffisamment traité au début de la syphilis. Travail debout 15 heures par jour. Récidive.* — H..., Charles, 45 ans, typographe, entre le 30 décembre 1887, salle St-Louis, lit 17.

Il y a 23 ans 1/2, H..., fut soigné pendant 4 mois à l'hôpital militaire pour un chancre et des accidents buccaux (ces derniers durèrent 3 mois environ). Il prenait alors des pilules et de l'iodure. Quoique fumeur et chiqueur et aussi assez fort buveur, le malade affirme n'avoir eu depuis lors aucun accident buccal. Mais, 10 ans plus tard apparaissaient des lésions croûteuses à la partie antérieure du cuir chevelu ; aucun traitement.

Nouveau silence de la maladie pendant 6 ans. Mais il y a 4 ans, débuta aux jambes une 1^{re} poussée de lésions semblables à celles qui l'amènent aujourd'hui. Cette atteinte dura en tout un an, se composant de poussées successives et subintrantes de gommes dont les ulcérations ont laissé sur les 2 jambes de nombreuses cicatrices ; à la face postérieure et externe surtout de la jambe droite, on voit 25 à 30 cicatrices circulaires, gaufrées,

brunâtres; sur la jambe gauche les cicatrices ne se voient pas, car elles ont été envahies par la poussée actuelle de gommès récidivées in situ. Aucun traitement n'a été fait depuis le début de ces accidents.

Après la première poussée, il y eut un silence de près de 2 ans. C'est en septembre 1887 (il y a 4 mois) qu'a débuté sur la jambe gauche exclusivement la poussée que nous observons : 10 à 15 gommès circulaires, taillées à l'emporte-pièce, les unes à fond bourbillonneux, tapissé de liquide purulent; les autres en voie de réparation, à fond bourgeonnant, rouge, facilement saignant. La partie inférieure de la jambe est le siège d'une infiltration lymphangitique chronique avec lésions eczématiformes (rougeur violacée de la peau, desquamation écailleuse de l'épiderme). Bien que travaillant toujours debout 15 à 16 heures par jour, le malade ne présente aucune trace de varices. Bon état général.

Traitement mixte; localement, iodoforme et Vigo.

Le 14 janvier, le malade sort en voie de guérison.

OBS. 61 (recueillie par M. A. MOREL-LAVALLÉE, chef de clinique). — *Ulcères de jambe récidivant in situ, de nature hérédo-syphilitique très probable. Traumatisme antérieur à ce niveau.* — V..., Théophile-Alfred, 27 ans, journalier, entre le 8 janvier 1887, à l'hôpital St-Louis, pour deux ulcères de jambe.

Le malade fait remonter les lésions à un traumatisme qui intéressa les 2 jambes à la fois, il y a 3 ans. Les 2 plaies s'étendirent et mirent près de 2 ans à se cicatriser complètement.

Le 15 janvier 1886 (il y a un an), les ulcérations recommencèrent pour aboutir au point où nous les voyons actuellement :

Sur la face antérieure de la jambe gauche, et empiétant sur les faces interne et externe, vers le 1/3 inférieur, mais séparée encore par 3 centim. de la malléole interne, est une vaste plaie, unique, à fond rouge, violacé, fongueux, saignant, inégal, mamelonné; les bords sont irréguliers, non abrupts, demi-durs. Une mince pellicule cicatricielle, blanchâtre, existe déjà à la périphérie de la plaie. Les dimensions maximum de celle-ci atteignent, le 10 janvier, 12 centim. sur 14 de diamètre. Tout alentour est une zone de peau maculeuse, pigmentée, brunâtre, dure, peu épaissie, mais adhérente aux tissus sous-jacents. Le tibia n'est pas hyperostosé alentour. En un mot, la plaie réalise le type parfait de l'ulcère variqueux, mais : 1° nulle part on n'aperçoit de varices, le sujet n'a même pas d'hémorroïdes; 2° il n'a que 27 ans.

Sur la jambe droite, au milieu d'une zone pachydermique, eczématiforme, exfoliante, située en avant et sur les côtés du tibia droit, est une petite ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc, à bords violacés, reposant sur une périostose cratériforme; elle a, comme l'autre, duré 3 ans.

De tels ulcères, sous l'influence d'une varicose (d'ailleurs non constatée), à cet âge étant difficiles à admettre, nous pensons de suite, malgré l'aspect objectif, à la syphilis et voici les résultats de notre enquête :

A. — Sur le malade. Il est tellement constellé de cicatrices non pigmentées, rondes, de toutes dimensions, résultant d'une variole qu'il a eue à 12 ans (en même temps que sa mère qui en est morte), qu'il est impossible de tenir compte de cicatrices fessières ou jambières, stigmates possibles d'une hérédo-syphilis. En tout cas, aucune d'elles n'est caractéristique. Quelques cicatrices pigmentées des jambes résultent manifestement d'une éruption phthiriasiforme. Il a, en outre, de l'impétigo du cuir chevelu.

Pas de déformations osseuses. Jamais de maux d'yeux, ni d'oreilles ; il ne tousse jamais ; il n'est pas sourd. Ce qu'on lui trouve est ceci :

1° Aspect infantile, glabre du visage ;

2° Les incisives latérales supérieures sont petites, coniques, déformées ; pas de dents d'Hutchinson ;

3° Atrophie absolue (qu'il s'est toujours connue) des testicules.

B. — Sur sa famille. Son père est en province, les renseignements manquent.

Un frère plus jeune est réformé, comme lui, pour débilité constitutionnelle.

Un autre frère, le plus jeune de la famille, est bien portant et soldat.

Sa sœur, l'aînée de la famille, ne présente aucune lésion actuelle ou passée, aucun signe de syphilis héréditaire ; en dix ans elle a eu 6 enfants, tous morts à divers âges ; son mari bien portant, ne présente aucun antécédent pathologique.

En résumé, nous penchons (et c'est l'avis de M. Fournier) pour une syphilis héréditaire probable. Cependant, le malade dit avoir été soigné et guéri à St-Quentin, sans médication interne, rien qu'avec du diachylon ; mais il y a eu des récidives.

Le traitement prescrit est le suivant : iodure, 3 gr., repos forcé au lit, pansement local à l'iodoforme ; puis successivement on emploie la poudre de sous-carbonate de fer, l'emplâtre de Vigo, le vin aromatique, la glycérine.

En 8 jours on obtient une amélioration surprenante : on gagne 1 centim. sur toute la périphérie.

Dans les 20 jours qui suivent, un autre centimètre est encore gagné ; puis la cicatrisation n'avance plus qu'à pas lents, c'est alors qu'on varie les topiques.

La non-cicatrisation absolue de la plaie par l'iodure, dit M. Fournier, ne prouve pas la non-existence de la syphilis héréditaire, vu qu'il s'agit là d'un énorme ulcère isolé sur un plateau qu'on voit aujourd'hui hyperostosé de toutes parts et recouvert d'une peau tendue, fibreuse, sans circulation. Il s'agit ici d'une peau qui ne vit pas. Cet ulcère est donc l'analogue des ulcérations spontanées des cicatrices.

26 février. Dimensions : vertical, 6 centim., transversal 4 centim. 1/2.

19 décembre 1887 au 7 janvier 1888, le malade rentre dans le service pour les mêmes lésions ulcératives qui, après cicatrisation ont récidivé.

Obs. 62 (personnelle). — *Syphilides gommeuses récidivant 5 fois au siège d'un ancien traumatisme de la jambe gauche. Traitement opportuniste. Alcoolisme chronique.* — Tr..., François, vidangeur, 45 ans, entre salle Saint-Louis, le 18 février 1888, pour des ulcérations syphilitiques survenues au siège d'un ancien traumatisme de la jambe gauche. C'est un alcoolique endurci, qui a déjà fait de nombreux séjours dans ce service. En 1864, à la suite d'une chute d'un second étage, il a eu une fracture incomplète du tibia gauche; des esquilles osseuses se sont éliminées; la peau était fortement contusionnée et déchirée. Pendant 20 ans, la guérison de la plaie n'a jamais été complète; il y a seulement cinq ans que la cicatrisation s'est faite entièrement; elle persista alors 2 ans. Mais à dater de cette époque, la cicatrice s'ouvrit à plusieurs reprises, et le malade entra plusieurs fois dans le service. A l'en croire, il aurait eu, en 1881, un chancre qui n'aurait été vu par aucun médecin; on penche plutôt vers une syphilis héréditaire tardive probable.

En 1884, il est soigné une première fois pour des accidents spécifiques survenus au siège de l'ancien traumatisme (mars-fin mai).

En février 1885. Récidive in situ de ces lésions depuis 6 semaines. La plaie de la jambe s'est réulcérée, en 3 points sur l'ancienne cicatrice blanche, qui siège au niveau du 1/3 moyen de la jambe gauche et qui occupe une longueur de 15 centim., son grand axe étant oblique en dedans et en bas; 1° à la partie inférieure, se trouve une ulcération arrondie, à fond grisâtre sanieux, irrégulier, à bords légèrement saillants; 2° au-dessus et en dedans de celle-ci, on trouve une lésion recouverte d'une croûte brunâtre; 3° à la face externe de la jambe, vers la partie moyenne existe une ulcération allongée d'avant en arrière, à bords saillants, à fond peu excavé, irrégulière, grisâtre. Le pourtour des ulcérations est d'un rouge violacé, dur, recouvert de croûtelles grisâtres, fendillées.

A la face antérieure de la jambe droite existent 2 cicatrices, restes d'ulcérations anciennes, une autre à la partie inférieure du bras droit.

Surdité depuis une quinzaine d'années.

La respiration est bruyante et saccadée à droite, affaiblie au sommet gauche.

7 mars 1885. Les ulcérations cutanées et les accidents pulmonaires sont complètement guéris sous l'influence du traitement spécifique. Exeat.

21 mai 1887. Nouvelle récidive in situ des ulcérations de la jambe, en même temps syphilides gommeuses du pli de l'aîne gauche.

Au sommet du poumon gauche, en avant et en arrière, le murmure respiratoire est affaibli; le 1^{er} bruit du cœur est soufflant à la pointe; pas d'albuminurie.

Quelques jours plus tard, le malade passe en chirurgie pour une suppuration de la bourse olécrânienne.

18 février 1888. Les gommages de la jambe récidivent de nouveau depuis le mois d'août; cependant le malade n'a fait aucun traitement. Il demande

son admission pour une ulcération oblongue qui occupe le 1/3 moyen de la jambe et au-dessous de laquelle on sent l'os épaissi. Malgré le traitement l'ulcération tardant à se cicatriser, le 6 mars on lui fait 5 greffes épidermiques; le 20 mars, 4 de ces greffes ont pris.

En 1890. Le malade est soigné pendant 4 mois pour de l'albuminurie.

Le 4 avril 1892. Il entre encore une fois pour une vaste syphilide ulcéreuse qui occupe le 1/3 inférieur de la jambe; sur la jambe droite ulcération traumatique. Affaiblissement du murmure respiratoire au sommet du poumon gauche. Albuminurie très abondante. Douleurs non fulgurantes dans les genoux et les chevilles. Réflexes rotuliens faibles, mais conservés. Pupilles égales, normales, réagissant à la lumière. Pas de signe de Romberg. Sort le 23 avril 1892.

21 mai 1892. Syphilides gommeuses de la jambe gauche (récidive in situ). Albuminurie persistante.

Obs. 63 (personnelle). — *Syphilides ulcéreuses des jambes récidivant in situ au 4^e mois de l'infection chez un alcoolique.* — R..., Simon, 28 ans, cocher, entre le 22 juin 1887, salle Saint-Louis, n° 64.

Fin février 1887 il contracte un chancre induré dont on voit la cicatrice sur le fourreau de la verge et pour lequel il a été soigné à l'hôpital du Midi (pilules); 5 à 6 semaines après, éruption généralisée. Pas d'alopecie, pas de mal de gorge.

En mai, faisant ses 28 jours, il vit apparaître sur les jambes une éruption que le médecin militaire considéra comme furonculaire.

Actuellement (22 juin) sont apparues sur les jambes de nouvelles ulcérations au nombre d'une douzaine environ; l'une d'elles, située sur la partie externe de la jambe gauche, présente une orbicularité si parfaite que le diagnostic n'est pas un instant douteux; les bords sont parfaitement nets; le fond rouge semble couvert de bourgeons.

Sur le tronc on trouve quelques syphilides papuleuses et une roséole à son déclin.

Le malade, qui pesait 164 livres il y a quelques mois, pèse seulement 148 livres aujourd'hui. Grand mangeur et fort buveur de vin, de liqueurs et d'absinthe, il présente un tremblement très marqué des mains et de la langue. Son sommeil est léger et souvent entrecoupé par des cauchemars.

Du 10 au 31 janvier 1888, 2^e séjour dans le service pour des syphilides tuberculeuses en placards cerclés. Mêmes signes d'éthylisme.

Obs. 64 (personnelle). — *Ulcérations palatines récidivant six ans après le chancre; traitement insuffisant; alcoolisme. Eczéma.* — Cat..., 33 ans, marchand ambulant, entre le 25 juin 1887, salle St-Louis, lit n° 8.

Il jouit d'une bonne santé habituelle, n'a fait aucune maladie, mais il est alcoolique, présente du tremblement de la langue et des mains ainsi que des pituites matinales. En outre des accidents syphilitiques qui l'amènent

à l'hôpital St-Louis, il présente sur la face dorsale des deux mains et à la région poplitée gauche des placards d'eczéma sec.

En 1878, il eut un chancre induré du gland qui a laissé une cicatrice creuse encore bien visible et pour lequel il suivit un traitement mercuriel de 4 mois.

Les accidents qui suivirent la sclérose initiale furent si peu marqués qu'ils passèrent inaperçus du malade.

Mais en 1882, il eut une ulcération du voile du palais et depuis lors de temps en temps se montrèrent des ulcérations buccales.

Au mois de janvier 1887, il entra dans le service de M. Hallopeau pour une *nouvelle ulcération palatine*.

En mars, une *même lésion* l'amène dans le service de M. Besnier.

Actuellement (juin 1877) il présente *encore des manifestations palatines du même genre*.

Sur toute la voûte palatine on trouve de nombreuses cicatrices des accidents antérieurs, les seuls qu'il ait présentés, sauf une syphilide ulcéro-gommeuse de la région fessière survenue en 1884, et ayant laissé une cicatrice déprimée et fortement pigmentée. Depuis le début des accidents buccaux (1882), le malade aurait pris à plusieurs reprises de l'iodure de potassium.

Obs. 65. — Due à l'obligeance de M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE. *Syphilis continue. Récidives d'accidents pharyngés et d'alopécie*. — R..., Paul. En mars 1888, chancres syphilitiques coïncidant avec une poussée dénutritive.

16 janvier 1891. Alopécie diffuse non cicatricielle. Poids, 77 k. 200.

7 février. Poids, 78 k. 150.

3 juillet. Poids, 75 k. 200. Le traitement paraît avoir été suffisamment continué ; on lui a fait subir quelques intermittences vu la récurrence in situ d'accidents pharyngés tenaces. Syphilides tuberculeuses discrètes du bras gauche. Vigo et KI pendant 3 semaines.

23 octobre. Depuis un mois, récurrence très marquée d'alopécie ; a pris un 1/2 litre de sirop de Gibert au café ; maintenant KI.

Poids, 80 k. 500.

Janvier 1892. Gomme étalée non ouverte du bras gauche.

25 avril 1892. Canitie et fragilité des moustaches. Gomme non ulcérée de la cuisse. Le malade a remarqué qu'il ne reste pas plus d'un mois sans accident.

Obs. 66 (personnelle). — *Récidives multiples in situ d'accidents cutanés et pharyngés. Traitement insuffisant au début ; traitement opportuniste plus tard*. — G..., Gaston-Gustave, 37 ans, garçon de magasin, entre salle St-Louis, n° 60, le 12 novembre 1887.

Chancre en 1870 ; 2 mois après, roséole, angine, syphilides ulcéreuses des jambes pour lesquelles il est soigné à l'hôpital militaire (pilules de

protoiodure, iodure, bains de sublimé). Quelque temps après il sort guéri.

Mais 4 ou 5 mois plus tard apparaissent des lésions ulcéreuses de même nature aux épaules et dans le dos, dont on voit aujourd'hui les nombreuses cicatrices.

Après ces accidents survenus dans le courant de la première année de a syphilis, le malade reste jusqu'en 1877 sans présenter la moindre manifestation spécifique. Donc, silence absolu de la diathèse pendant 7 ans environ et absence de tout traitement pendant cette période.

Mais le 9 août 1877, il entre dans le service de M. Fournier pour une récidive in situ de syphilides ulcéreuses sur l'épaule gauche et le flanc droit.

Le 8 mars 1884 il est admis à nouveau pour un sarcocèle syphilitique et une syphilide tuberculo-ulcéreuse du scrotum. C'est à cette époque que débutent les accidents gutturaux et déjà alors le voile du palais est partiellement détruit. Il est soumis au traitement mixte, en même temps on cautérise au nitrate d'argent les lésions de l'arrière-bouche.

Quelque temps après il sort guéri et reste indemne de tout accident pendant deux mois environ.

Mais le 7 janvier 1884, de nouvelles déterminations gutturales le forcent à rentrer à nouveau à l'hôpital St-Louis ; sous l'influence du traitement il sort encore guéri. Bref, depuis 1884, les entrées à l'hôpital se succèdent ; il sort et deux mois et quelquefois un mois après il est repris des mêmes accidents du côté de la gorge. Toutefois, le 3 janvier 1885, il est soigné pour une récidive in situ de gomme scrotale, et le 21 mars de la même année pour des syphilides phagédéniques cutanées.

Cette fois (novembre 1887), la période qui sépare son entrée de la dernière sortie est plus longue que de coutume. On constate sur le corps de nombreuses et larges cicatrices aux jambes, aux cuisses, aux bras, sur le dos et le tronc ; quelques-unes sont très étendues, ainsi l'une d'elles s'étend du coude gauche à l'épaule, envahissant tout le bras, la région de l'omoplate et se termine au milieu du dos. En outre, on trouve sur la verge une syphilide ulcéreuse en évolution qui a envahi le prépuce ; de plus, une épididymite scléreuse bilatérale, le testicule droit est dur et gros, le gauche est petit. Dans la gorge existe une ankylose palato-pharyngée partielle : le voile du palais n'existe plus ou plutôt il est soudé aux parties voisines, on ne retrouve pas la luette ; les piliers existent des deux côtés, mais on a quelque peine à les reconnaître. Enfin, à la partie postérieure du pharynx une syphilide ulcéreuse est en voie de cicatrisation. La langue et les poumons sont sains.

En mars 1888, il rentre pour des syphilides gommeuses de la région pubienne. Après 3 semaines d'un traitement mixte (protoiodure, 10 centigr. ; iodure, 4 gr.), il sort guéri.

L'année suivante (16 mars 1889), ces *derniers accidents récidivent* à la périphérie de la vaste cicatrice qu'ils avaient laissée ; en même temps, s'étendant du méat à la couronne du gland une gomme recouverte d'une

croûte occupe la face dorsale, jusqu'au niveau du prépuce qui a été détruit par les accidents de 1887; le méat urinaire est oblitéré en partie, ce qui gêne la miction. La parole est voilée; l'appétit est presque nul.

Obs. 67. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis grave précoce. 5 récidives de manifestations ulcéreuses de la gorge. Syphilis traitée.* — C.... Chancre en février 1867, traité par la liqueur de Van Swieten, pilules, sirop mercuriel.

En mai de la même année, syphilides ulcéreuses. Ecthyma, onyxis; traitement mercuriel.

En 1868, reprise de la maladie avec manifestations à la gorge. Traitement mercuriel et ioduré. Saison à Aix.

En 1869, *mêmes accidents* et même traitement; un mois à Aulas.

En 1870, *retour des accidents avec ulcération à la gorge.*

Toujours traité depuis.

En 1876 (4 août), destruction de la *luette* et d'une partie du *voile* en arrière. Pharynx rouge, granuleux; deux ulcérations. Traitement approprié. Amélioration consécutive, puis, les pilules sont interrompues pendant trois jours; survient, sur la ligne médiane du pharynx, une ulcération qui suppure abondamment et s'accompagne d'une grande irritation.

Quelques jours plus tard, *nouvelle ulcération pharyngée* à droite, avec inflammation généralisée, granulations rouges, vives douleurs entravant la déglutition. On prescrit l'iodure de potassium et gargarisme. En quelques jours amélioration générale, les deux ulcérations pharyngées se sont réunies en une seule superficielle, qui bientôt diminue d'étendue.

Le 16 octobre, il ne reste plus qu'une petite érosion rouge à la partie postérieure; le fond du pharynx adhère au voile sur presque toute l'étendue de son bord, circonscrivant seulement sur la ligne médiane, en avant de l'érosion, un petit orifice naso-pharyngien d'un centimètre et demi seulement de diamètre. On fait reprendre le sublimé, et au commencement de janvier suivant, il n'y a plus qu'un peu de rougeur au niveau de l'orifice.

Obs. 68. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis maligne précoce. Perforation palatine. Récidive. Hydarthrose, récidive. Exostoses tibiales. Syphilis traitée.* — I.... En avril 1871, chancre de la verge.

En juillet, éruption, généralisée à tout le corps, de boutons qui deviennent ulcéreux aux membres et à la tête. Guérison en deux mois après traitement (sirop de Gibert et iodure de potassium).

En 1872, perforation palatine qui fait de grands progrès malgré l'iodure. En juillet le malade subit à la maison Dubois une opération (ablation de séquestres de la voûte palatine, de la mâchoire supérieure et de l'unguis). Après une période de 8 à 10 mois de traitement, disparition de « douleurs horribles » causées par des exostoses des jambes.

En juin 1873, le malade quitte l'hôpital et continue à prendre par inter-

valles de l'arséniate de soude et de l'iode. L'état général était assez satisfaisant, lorsque pendant l'hiver de 1874 une nouvelle poussée envahit de nouveau la gorge et la voûte palatine sur ses parties latérales restées indemnes lors de la première atteinte. Malgré un traitement mixte et des cautérisations au perchlorure de fer, aucun résultat satisfaisant.

Le malade entre de nouveau en mars 1875 à la maison Dubois pour une nécrose palato-maxillaire, il est soumis au traitement mixte (KI 6 gr., frictions mercurielles) en même temps que les parties malades sont touchées à la teinture d'iode. Les lésions guérissent sous l'influence de cette médication.

En juin, lorsque le malade se présente au professeur Fournier, celui-ci peut constater la destruction de toute l'arcade alvéolaire depuis la canine jusqu'à la dernière molaire gauche qui seule reste de ce côté. De même tout le palais osseux est détruit ; il n'en reste pas trace.

Du voile il ne reste qu'une petite bandelette en arrière. Lorsque la bouche est ouverte on voit un antre énorme communiquant avec la cavité nasale qui apparaît rouge, irritée et recouverte de mucus. Malgré ces vastes dégâts la parole est assez intelligible !

Fin juin, *hydarthrose* du genou gauche qui s'est déjà montrée l'année dernière.

Obs. 69 (personnelle). — *Syphilis tertiaire du nez, récidives de lésions destructives cutanées et osseuses. Traitement irrégulier. Alcoolisme.* — B..., Alfred, 29 ans, marchand ambulant, entre pour la 1^{re} fois dans le service de M. le professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 61, le 6 décembre 1884.

C'est un individu de taille moyenne, bien constitué, présentant des taies de la cornée droite datant de l'enfance. En 1877 il a eu des chancres simples ; en 1880, une blennorrhagie suivie d'une épididymite gauche. Éthylisme chronique.

A la fin d'octobre 1884, B... remarque sur le prépuce une petite éraillure qui grandit peu à peu ; aujourd'hui (décembre 1884) on trouve une érosion en forme de croissant, à fond rouge, sanieux, se continuant de plain-pied avec les tissus voisins ; elle repose sur une induration un peu mollasse au milieu de l'œdème du prépuce. Dans l'aîne gauche un bubon un peu allongé, commençant à se ramollir, est recouvert par la peau rouge et enflammée ; dans l'aîne droite, adénopathie froide et indolente. Sur la jambe gauche on remarque 3 indurations d'érythème noueux ; dans la chevelure quelques papules croûteuses datant de 15 jours.

Le chancre érosif du prépuce fut suivi de roséole et ultérieurement de plaques muqueuses de la bouche. Traitement mercuriel au début de peu de durée, puis traitement ioduré surtout. En 1879, perte accidentelle de l'œil gauche.

En 1890, le malade qui s'était traité d'une façon très irrégulière, entre une seconde fois dans le service, pour des lésions nasales, mais il en sort

avant d'être guéri ; aussi constate-t-on bientôt une perforation de la cloison du nez et une ulcération du cornet moyen à droite.

19 décembre 1891. Une *ostéite naso-crânienne* avec nécrose, le ramène à l'hôpital, où il séjourne jusqu'au 2 janvier 1892.

En avril et mars 1892 : affaissement du nez par perte des cartilages ; intégrité du squelette osseux externe ; en même temps syphilides tuberculo-ulcéreuses de l'aile droite du nez et sous-nasales. Alcoolisme chronique.

12 novembre 1892. *Récidive de ces derniers accidents*, l'ulcération à bords jaunâtres a détruit en grande partie l'aile du nez, envahissant en même temps la lèvre supérieure et la partie correspondante de la joue droite.

A l'intérieur du nez, on ne sent plus de points dénudés vers l'ethmoïde.

Des douleurs qui s'étaient déjà montrées, lors du dernier séjour, à la partie supérieure du nez, ont cessé depuis quelques jours. Sur la conque de l'oreille gauche existe une cicatrice de gomme ulcérée survenue il y a 3 ou 4 mois. Céphalalgie légère. État général assez bon.

Le traitement suivi par le malade a toujours été très irrégulier. Il ne s'est pour ainsi dire soigné qu'au moment des accidents. On lui prescrit aujourd'hui 6 grammes d'iodure et une pilule de Dupuytren.

OBS. 70 (personnelle). — *Iritis double récidivant pour la 3^e fois.* — C..., Rosalie, 53 ans, cuisinière, entré le 2 août 1892 dans le service de M. le professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, n° 20, pour une iritis double.

Cette malade a été soignée en 1889, pour un eczéma généralisé, dans le service du Dr Tenneson, à l'hôpital Saint-Louis, où elle a fait un séjour de 5 semaines.

En avril 1891, elle entrait dans le service du Dr Ducastel pour une éruption papuleuse, confluente, généralisée à toute la surface du corps, mais respectant cependant les seins ; elle prit pendant ce séjour une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten chaque jour et tous les 2 jours un bain de sublimé et quelque temps après des pilules de protoiodure. En même temps que cet exanthème non prurigineux, la malade eut des maux de tête qui revenaient chaque soir et duraient de 5 heures du soir à 5 heures du matin ; elle perdit aussi ses cheveux en grande abondance. Après un séjour de 7 semaines à l'hôpital Saint-Louis, elle sortit guérie et continua à prendre des pilules de protoiodure jusqu'en octobre 1891.

A cette époque, nouvelle éruption papuleuse limitée à la face, déjà atteinte antérieurement, et angine ulcéreuse gênant la déglutition et la phonation ; elle fait alors un nouveau séjour de 7 semaines dans le service de M. Besnier. Bien que soumise au traitement spécifique (liqueur de Van Swieten), elle est atteinte d'une iritis de l'œil droit qui dura 4 semaines. A dater de ce moment la malade n'observe plus d'éruption soit de la peau, soit des muqueuses.

Au commencement de novembre, elle sort guérie, mais 3 semaines plus tard une iritis de l'œil gauche la force à rentrer de nouveau jusqu'au 25 décembre.

En janvier 1892, elle entre à la Pitié, dans le service du Dr Lancereaux, pour une bronchite et une nouvelle atteinte d'iritis. Cette fois l'œil gauche est le premier pris, mais 8 jours plus tard l'œil droit est atteint à son tour pour la seconde fois. En même temps la malade souffre de violents maux de tête à exaspération nocturne; elle a des sueurs abondantes et une anorexie complète. Frictions mercurielles.

Le 16 mars, elle part guérie au Vésinet.

Fin juin, elle se présente à la consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Pour la 3^e fois, l'œil droit est atteint d'iritis; nous notons une injection périkeratique très vive, l'aspect terne de l'iris, de la photophobie, du larmoiement, du blépharospasme assez marqués, des douleurs sus-orbitaire et temporale. Sur le conseil de M. le professeur Panas la malade est soumise tous les 2 jours aux injections de biiodure d'hydrargyre; quelques jours plus tard la malade était admise dans le service de M. Robin, à la Pitié, où des frictions mercurielles et de l'atropine lui sont prescrites.

Le 2 août 1892, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. Nous constatons alors une iritis double avec synéchies postérieures multiples ayant déformé très notablement l'orifice pupillaire; la malade se plaint de la vision, elle voit comme à travers un brouillard épais.

En effet, l'examen ophtalmoscopique ne permet pas de voir le fond de l'œil à cause du trouble du vitré. Outre ces accidents oculaires, nous notons une syphilide pigmentaire du cou, ignorée de la malade, des macules brunâtres d'anciennes syphilides sur la jambe gauche qui est variqueuse, des adénopathies dures, indolentes, cervicales et épitrochléenne gauche.

16 août. Toute trace d'inflammation périkeratique a disparu; mais les synéchies persistent malgré les frictions mercurielles et l'atropine. A l'ophtalmoscope les papilles apparaissent un peu plus rouges, que de coutume; la vue est encore brouillée, mais d'une façon moindre.

Fin septembre. Exeat. Vision à peu près distincte; pupilles irrégulières.

Obs. 71. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Récidive de kératite interstitielle chez un hérédo-syphilitique.* — G..., né en 1869, présente à l'âge de 9 ans (octobre 1878) une double kératite interstitielle ayant commencé par envahir l'œil droit et débutant à l'œil gauche. Ces accidents furent alors traités et guéris par l'iodure de potassium et les injections de peptonate mercuriel.

En 1891, cette kératite récidive à l'œil gauche.

En bas âge cet enfant avait eu de l'enichifrèment; les cheveux n'ont poussé qu'à 20 ans. En 1877, ozène.

Ces diverses affections furent soignées par M. Fournier, qui traitait éga-

lement le père depuis longtemps. Ce dernier, en effet, à la suite d'une syphitis contractée en mai 1867, devint tabétique en 1884. Sa femme semble indemne. De ce mariage ont résulté 5 grossesses et deux enfants sont encore vivants. L'aîné est notre malade ; le second enfant est mort en 1870 quelques jours après sa naissance ; la 3^e grossesse se termina à 4 mois 1/2 par un avortement ; le 4^e enfant est mort à l'âge de 13 ans, enlevé en 4 jours après une attaque d'aphasie, accompagnée de fièvre et de délire. Le 5^e est bien portant.

OBS. 72. — *Épisclérite syphilitique gommeuse*. Publiée par le professeur PANAS (*Union médicale*, 1890, n° 72). — Homme de 45 ans, atteint, en 1882, d'un chancre syphilitique suivi de roséole, présente une affection oculaire qui a débuté en juillet 1889 par des phénomènes inflammatoires ; l'œil est devenu rouge et douloureux. En mars 1890 on constate une tumeur du volume d'une petite noisette, occupant la partie supéro-externe de l'œil gauche, située sous la conjonctive, arrondie, bien limitée, demi-transparente, fluctuante. Indépendamment de cette tumeur, iritis ancienne, kératite pointillée, rétino-choroïdite, diminution de l'acuité visuelle. Cette tumeur est-elle interne ou extra-oculaire ? Quelle est sa nature ? L'hypotonie de l'œil, l'absence de pigment dans la tumeur, sa forme permettent d'établir qu'elle est extra-oculaire. Quant à sa nature, l'iritis, les troubles du vitréum qui accompagnent la chorio-rétinite syphilitique font rejeter l'idée d'un kyste à cysticerques ; enfin pendant que le malade était en observation, l'apparition en trois jours d'une nouvelle tumeur analogue à la première sur la partie supéro-interne de l'œil, confirme le diagnostic d'épisclérite gommeuse. Le traitement mixte est institué et au bout d'un mois, les tumeurs étaient affaissées, l'acuité visuelle meilleure, le malade en pleine voie de guérison.

OBS. 73. — (Communiquée au Congrès de 1889, par le Dr P. PORTALIER.) *Syphilides papulo-squameuses des lèvres récidivantes quoique traitées*. — Une femme de 35 ans, blonde, de tempérament lymphatique, vient vers la fin de 1873 consulter M. Fournier, pour divers accidents syphilitiques secondaires, notamment pour des syphilides papulo-squameuses siégeant au visage, sur la lèvre supérieure. L'accident initial remonte au commencement de cette même année 1873.

Or, à partir de l'année suivante 1874, jusqu'en 1883, on voit cette femme présenter des récidives presque incessantes de cette variété de syphilides papulo-squameuses et celles-ci demeurer *toujours localisées* au niveau de la surface cutanée des régions labiale supérieure, labiale inférieure, ainsi qu'au pourtour des commissures. On relève en particulier, de 1879 à 1883 seulement, 14 de ces récidives. Durant tout ce dernier laps de temps on n'observe jamais d'autres manifestations syphilitiques concomitantes ou intercurrentes.

Ces syphilides papulo-squameuses apparaissent tantôt isolées, tantôt

réunies par groupes ; leur dimension variait de celle d'une lentille à celle d'un pois ou d'une pièce de 50 cent. Chaque fois le traitement interne (pilules de Ricord et iodure de potassium) et le pansement local au taffetas de Vigo amenaient plus ou moins rapidement la disparition complète des accidents, lesquels au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois dès la suspension du traitement interne, réapparaissaient in situ au grand désespoir de la malade.

OBS. 74. — PORTALIER. *Syphilides érythémato-squameuses de la lèvre supérieure traitées et récidivantes.* — Jeune femme, blonde, lymphatique (hôpital St-Louis).

Chancre syphilitique en 1884. Accidents secondaires multiples et assez intenses jusqu'en 1887. Apparition à cette date de syphilides érythémato-squameuses sur la lèvre supérieure. Ces syphilides constituent dès lors la seule forme d'accidents spécifiques présentés par la malade. De 1887 à 1888, cinq récidives in situ de cette variété de syphilides. Guérison radicale de chaque poussée sous l'influence combinée du traitement interne et d'un pansement local au Vigo. Récidive de la lésion malgré le traitement interne, continué d'une façon plus ou moins assidue par la malade pendant les stades de repos de l'affection.

OBS. 75. — PORTALIER. *Roséole récidivante quoique traitée.* — Homme de 35 ans. Chancre syphilitique en 1887. Quelques syphilides érosives buccales et syphilides érythémateuses disséminées sur le corps en septembre 1887.

Disparition de tous ces accidents sous l'influence du traitement interne.

1^{re} récidive de la roséole en avril 1888 ;

2^e récidive en novembre de la même année ;

3^e récidive en février 1889 ;

4^e récidive en juin 1889.

Chacune de ces poussées de roséole se traduisait par le développement de taches érythémateuses discrètes, parfaitement caractérisées, disséminées principalement sur le tronc.

OBS. 76. — PORTALIER. *Syphilides érythémato-papuleuses du visage ; récidives in situ malgré le traitement.* — Jeune femme. Chancre syphilitique à la fin de 1885. Traitement spécifique bien suivi dès le début.

Éruption de syphilides érythémato-papuleuses sur le visage (oreilles, nez, sillons jugaux, lèvres) en mars 1886.

Récidive in situ en avril de la même année. Résistance de ces taches au traitement. Finalement, effacement complet.

Récidive nouvelle, toujours in situ, en juillet 1887.

En octobre de la même année, 3^e récidive (syphilides érythémato-papuleuses eczématoïdes).

En janvier 1889, récidive sur la lèvre inférieure.

En juillet dernier, récurrence sur des points multiples de la face.

Ces poussées réitérées se sont produites malgré un traitement local et interne parfaitement dirigé et consciencieusement suivi (bains de vapeur, pommades diverses, frictions mercurielles, sirop de Gibert, pilules de proto-iodure, pilules de Dupuytren, iodure de potassium, sulfureux).

Jamais cette malade n'a fait d'excès d'aucune sorte.

OBS. 77. — PORTALIER. *Syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires. Récidives malgré le traitement.* — Femme galante de 25 à 30 ans. Chancres syphilitiques en 1866. Accidents secondaires multiples, mais peu intenses, parmi lesquels syphilides psoriasiformes de la paume des mains. Disparition définitive de tous les accidents, sauf de ces syphilides psoriasiformes sous l'influence du traitement.

De 1866 à 1870, 7 récurrences in situ de cette variété de lésion.

En 1872, apparition sur la plante des pieds de cette forme de syphilides, lesquelles de 1872 à 1874 récidivent trois fois toujours en dépit du traitement.

OBS. 78. — PORTALIER. *Syphilides psoriasiformes palmaires incessantes malgré le traitement. Chancres du doigt.* — Un médecin des plus distingués et des plus honorables, qui contracta professionnellement la syphilis (chancres du doigt), fut tourmenté pendant près de 10 ans par des poussées incessantes de syphilides psoriasiformes palmaires qui réapparaissaient dès que le traitement spécifique était interrompu.

OBS. 79 (personnelle). — *Récurrences de plaques muqueuses buccales et de sarcocèle syphilitique.* — B..., Pierre, 46 ans, doreur, entre à l'hôpital St-Louis, dans le service du professeur Fournier, le 9 août 1899. En 1870, chancres indurés de la verge, suivis d'une roséole peu étendue. Soigné au Midi pendant deux mois : traitement mercuriel. Pendant une quinzaine d'années il eut des poussées successives de plaques muqueuses de la bouche, alternant avec des périodes assez longues de silence. A chacune de ces poussées le malade reprend le traitement mercuriel.

Il y a 5 ans environ, le testicule droit devint un peu douloureux et en même temps se tuméfia. Mais au bout de quelques jours de traitement mixte, la glande reprit son volume normal. A dater de cette époque, la santé subit une altération profonde, les forces diminuèrent, le sommeil disparut; en même temps apparaissaient des troubles gastriques; le mercure était mal supporté. De plus, à cette époque, le malade est exposé par sa profession à des fatigues excessives : marches prolongées.

Au commencement d'août 1890, le testicule droit est pris à nouveau, il se tuméfie et, à l'entrée du malade à l'hôpital, il est doublé de volume, dur, insensible à la pression, mobile à l'intérieur des bourses. La tête de l'épididyme est dure et douloureuse à la pression. Le testicule gauche est sain; un petit kyste ancien occupe la queue de l'épididyme de ce côté. Jamais de blennorrhagie.

Le malade est soumis au traitement ioduré (5 grammes).

Dans les premiers jours, le testicule continue à grossir, et une fièvre assez violente se montre, mais bientôt une notable amélioration se fait sentir et déjà le 22 août, la glande a repris à peu près son volume normal. Quelques jours plus tard, le malade quitte l'hôpital.

Obs. 80. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Syphilis cérébrale. Accidents récidivants (céphalée, vertiges, vomissements, etc.). Syphilis non traitée au début.* — H... En septembre 1867, paraphimosis et chancre syphilitique.

En 1868, *plaques muqueuses* de la bouche *reparaissant* plusieurs fois jusqu'en 1874, mais ne persistant jamais plus de 8 jours.

En 1872, écoulement et orchite non douloureuse survenant aussitôt.

Le malade, qui n'avait fait jusque-là aucun traitement, commence alors à prendre de l'iodure.

En juin 1873, vertiges, diplopie et vomissements accompagnés de céphalée. Ces accidents se renouvellent chaque jour, commençant régulièrement de 5 à 6 heures du matin pour se terminer vers une heure de l'après-midi.

En décembre, les douleurs de tête deviennent continuelles et augmentent d'intensité. Sur le conseil du professeur Bouchard, le malade prend alors 10 gr. d'iodure et des frictions quotidiennes pendant 2 mois. Guérison.

En novembre 1875. *Récidive.* Depuis sa guérison, le malade avait pris 1 à 2 gr. d'iodure par périodes plus ou moins longues et n'avait éprouvé que des maux de tête. Cette fois la *céphalée avait reparu* avec les mêmes caractères et la même intensité qu'en 1873; les vomissements cessaient de temps à autre pour reparaître bientôt. M. Fournier prescrit alors un traitement mixte (frictions mercurielles, 6 gr. et iodure, 5 gr.)

En avril 1876, les vomissements ont cessé. Le malade se trouve bien.

En mai 1881 le malade est absorbé, triste, concentré, ne s'occupe plus de ses affaires; il a de l'amnésie, ne se rappelle plus avoir eu des plaques muqueuses; il fait des oublis et des confusions dans son commerce; il éprouve de la difficulté pour s'exprimer, cherche ses mots. Excitation. Il ressent une faiblesse générale; ses jambes le soutiennent mal; il traîne la jambe gauche. Traitement : frictions et iodure.

En mars 1890. Périodes d'excitation. Colères non motivées au cours desquelles il brise tout. L'intelligence reste nette.

Obs. 81. — *Syphilis cérébrale au 6^e mois (hémiplégie gauche et paralysie de la 3^e paire droite). Guérison. Récidive au 20^e mois. Syphilis non traitée au début.* — M..., âgé de 39 ans, concierge, entre le 6 janvier 1889, salle St-Louis (service de la clinique), au lit n° 30; a pris la syphilis il y a 2 ans (chancre suivi de roséole papuleuse intense, généralisée).

Six mois après, il entre à l'hôpital Beaujon, atteint d'une hémiplégie gauche complète, et d'une paralysie faciale droite, avec troubles psychiques (perte de la mémoire, irascibilité).

Après un mois de séjour à l'hôpital pendant lequel il suivit pour la première fois le traitement spécifique (KI à la dose de 8 gr. par jour), le malade sort guéri en apparence.

Pas d'accidents pendant les 14 mois suivants. Cependant le malade accuse certains troubles cérébraux qui n'auraient pas cessé depuis le début, il n'a pas bien ses idées, ce qui l'a empêché de reprendre sa profession de maître d'hôtel; par instants et fréquemment perd la mémoire; il est triste. Enfin, pas de rapports sexuels depuis le début de la maladie.

Depuis sa sortie de Beaujon, il a pris très irrégulièrement de l'iodure de potassium (2 gr. par jour pendant des séries de 8 jours avec intervalles de 2 ou 3 mois).

Il y a 4 mois, après quelques jours de céphalée, il se réveille avec une *faiblesse* de la jambe gauche (marche presque impossible), puis, quelques jours après, impossibilité d'ouvrir l'œil droit.

Il y a un mois il entre de nouveau à Beaujon où pendant 8 semaines environ on le « crible » d'injections de peptonate mercurique. En outre il prit 12 gr. d'iodure par jour.

Au moment de l'entrée à Saint-Louis, l'ensemble symptomatique est le suivant :

Ptosis du côté droit, strabisme externe (diplopie) et mydriase, donc symptômes de paralysie de la 3^e paire (moteur oculaire commun). Pas de paralysie faciale.

Membres inférieurs. — Pas de signe de Romberg. Exagération des réflexes rotuliens (surtout à gauche). Exagération du réflexe plantaire gauche, paralysie de la jambe gauche.

Membres supérieurs. — Rien au bras gauche, force également conservée des 2 côtés; pas de trace de la paralysie remarquée il y a deux ans.

Troubles génito-urinaires. — Pas de rapports sexuels depuis 2 ans. Mictions plus fréquentes depuis la même époque (2 fois par nuit). Miction retardée.

Tube digestif. — Diarrhée continue depuis le deuxième séjour à Beaujon.

Pas de phénomènes douloureux ni de troubles de sensibilité. Pas de troubles du langage et de l'ouïe.

Troubles psychiques. — Modifications du caractère, depuis deux ans, irascibilité. Pertes fréquentes de mémoire.

Obs. 82. — Due à l'obligeance de M. le professeur FOURNIER. *Accidents cérébraux récidivants (céphalée, troubles de la parole, raideur de la main droite). Syphilis non traitée au début. Travail un peu excessif. Fièvre intermittente.* — M. de L..., 36 ans. En juin 1885, chancres; en août, syphilides papulo-squameuses, syphilides gutturales. Le médecin consulté alors a fait de l'expectation. Malgré une céphalée terrible et les syphilides linguales, nul traitement jusqu'au 27 septembre, époque à laquelle le malade prend des pilules de protoiodure (d'abord une par jour, puis 2).

Le 4 décembre 1885 : syphilides papulo-croûteuses (à la tête, aux mains, sur le corps) formant des plaques rouges.

Facteur de gravité : fièvres intermittentes de Cochinchine, récentes, guéries par le sulfate de quinine ; travail un peu excessif.

Traitement. Vigo. Bains. KI, vin quinquina, café. — Le 22 janvier 1886, amélioration, pil. sublimé à 0,01, KI. Bains de sublimé.

En juin suivant, *congestion cérébrale, avec perte de la parole, sans perte de connaissance, avec raideur et embarras de la main droite.* —

Mêmes accidents en 1887. La difficulté de la parole a duré quelque temps, *Maux de tête habituels depuis 1886.* En 1888 (27 mars) il reste une gêne habituelle de la main droite, qui cependant serre bien.

Le malade articule mal les mots et parle comme un homme qui a mal à la langue. L'intelligence est nette ; il se *plaint de maux de tête variables* comme apparition, de bourdonnements dans l'oreille droite. Réflexes normaux.

A presque toujours continué l'iodure, quelquefois à haute dose. Injections mercurielles pendant un mois au moment de la première congestion, puis 100 pilules de sublimé et frictions mercurielles pendant un mois.

En avril et mai, pilules de Dupuytren.

22 juin. Maux de tête de temps à autre, bourdonnements ; raideur de la main droite ; ne peut écrire vite, peut travailler de tête. Iodure de potassium, 5 gr. par jour.

Obs. 83. — Dont le résumé a été publié dans la thèse du Dr GAUDICHER. *Syphilis continue à forme nerveuse. Syphilis spino-cérébrale précoce. Récidives nombreuses des accidents nerveux. Traitement insignifiant au début. Antécédents goutteux et nerveux chez les parents.* — B..., Albert, 35 ans, interprète, entre le 19 mars 1881, dans le service de M. le professeur Fournier, salle St-Louis, n° 1.

Père goutteux, mort sans doute d'affection cardiaque. Mère encore vivante, très nerveuse. Le malade a une sœur qui est folle depuis 6 ans (folie intermittente), de nature hystérique, d'après ce qu'on peut croire. Lui-même n'a jamais eu aucune maladie autre que le choléra en 1865. Jamais d'excès alcooliques.

En 1863. Prend la syphilis à l'âge de 18 ans ; accidents secondaires. Traitement : 15 jours de pilules, 12 jours d'iodure.

En 1864. *Paralysie suivie de contractures du bras droit avec faiblesse de la jambe du même côté.* Perte du goût pendant quelques jours. Méningo-myélite (?) guérie sans traitement spécifique au bout de 4 mois à peu près.

En 1868. Syphilides ulcéreuses à la jambe droite et aux lombes pendant 6 à 8 mois (12 pilules, traitement par les bains de vapeur en Amérique).

En 1869. *Retour de la paralysie*, avec contractures intermittentes dans les 4 membres ; la jambe gauche était la moins atteinte. Pendant quinze jours douleurs en ceinture continues sans exacerbations. Méningo-myélite (?) encore pendant 4 à 5 mois ; 15 jours avant le début le malade s'était senti

très fatigué et comme accablé de sommeil. Cette tendance au sommeil, le malade l'a conservée, après cette nouvelle guérison.

En 1876. *Nouvelle poussée paralytique dans les 4 membres*, plus prononcée à la jambe droite. Cette fois troubles de l'intelligence, diplopie pendant 3 à 4 jours par strabisme sans doute, et surtout perte de la mémoire et difficulté de la parole (aphasie). Même durée (4 à 5 mois) et pendant quelque temps le malade ne pouvait marcher sans chanceler sur les jambes.

En 1878. A la suite d'une émotion morale (perte d'argent) 4^e *poussée paralytique*. Depuis ce temps, il ne s'est jamais complètement remis. La mémoire est restée infidèle, la parole difficile. Par moments sorte d'absence, le malade avait « le cerveau vide ». Ses forces sont restées amoindries, les jambes lourdes et paresseuses, le malade se fatigue pour la moindre cause, s'essouffle rapidement, au point de ne pouvoir marcher. Ne peut continuer aucun état. Tristesse, mélancolie, caractère sombre, céphalalgie frontale sourde, les paroles lui résonnent dans la tête; ce qui le frappe le plus, c'est le manque de netteté, de lucidité.

« Il n'a plus jamais les idées bien claires. »

En 1879. Diplopie pendant 2 à 3 jours.

Voici les résultats d'un examen actuel et détaillé du malade (mars 1881) :

Démarche. A première vue, rien de caractéristique, le malade ne fauche pas, ne lance pas les jambes en avant, le talon ne retombe pas lourdement. Mais si on lui dit de marcher les yeux fermés, il hésite, il n'est plus sûr de lui. Reste-t-il immobile ses yeux fermés, il tremble, et tend à perdre l'équilibre sans cependant tomber. Mais si on lui dit de marcher, et si les yeux restant toujours fermés, on lui dit de tourner sur place, alors les jambes s'intriquent et il tombe.

S'agit-il de descendre un escalier, il est obligé de se tenir à la rampe, il a peur que ses jambes ne s'entre-croisent. S'il vient à regarder en l'air, il est pris de vertiges qu'il a eus, déjà en 1878, plus marqués encore qu'à présent. Il sent le sol sous ses pieds, et se rend compte de la sensation froide du parquet. A côté de cela ni fourmillements, ni engourdissements, ni crampes.

Jamais de douleurs ni d'élancements quelconques. Il n'a pas vu revenir cette douleur en corset dont nous avons parlé. Pas de crises gastriques, pas de douleurs dans le rectum ni l'urèthre. Pas d'atrophie musculaire.

Sensibilité tactile, thermique et douloureuse intacte. La plante du pied est sensible aux attouchements et aux piqûres; celles-ci provoquent un réflexe exagéré du côté droit (celui qui a été le plus paralysé).

Le réflexe du tendon rotulien est aussi exagéré du même côté. Pas de trépidation fibrillaire. Pas de trépidation épileptoïde après la flexion brusque du pied.

Vessie paresseuse. Le malade est pris d'une forte envie d'uriner, et arrivé au cabinet, il ne peut uriner. La miction se fait en plusieurs actes. De temps en temps quelques gouttes s'échappent dans le pantalon.

Du côté du *rectum* : symptômes analogues. Constipation habituelle, mais parfois les matières s'échappent, surtout quand elles sont un peu fluides, sans qu'il en ait conscience dans le moment.

¹ *Organes génitaux.* Depuis 8 mois environ, plus de désirs vénériens, plus d'érection. Le malade n'a pas essayé d'approcher de sa femme. Sous a douche froide, éjaculation involontaire, sans érection, avec une faible sensation de jouissance.

État psychique. Rien à ajouter à ce que nous avons dit, idées assez claires. Le malade se croit capable de faire les mêmes opérations arithmétiques qu'il eût faites autrefois.

Parole hésitante; le malade sait les mots qu'il veut dire, mais peut difficilement les prononcer par instant.

Céphalée vague habituellement.

État général bon.

Le malade était entré il y a 2 mois à Ménilmontant pendant 15 jours. Traitement prescrit alors : frictions hydrargyriques; KI, 2 gr. Actuellement, frictions, 5 gr.; KI, 5 gr. Vin de gentiane. Douches froides.

En juin. Le malade va mieux, mais la parole est toujours embarrassée.

CONCLUSIONS

Parmi les formes anormales de la syphilis ; il en est une, qui se distingue par ses récidives apparaissant avec une persistance marquée au même siège et sous le même aspect ; à l'exclusion presque absolue de toute autre manifestation.

Variables d'un individu à l'autre, mais toujours semblables chez le même sujet, que la syphilis soit bénigne ou grave, ces récidives in situ peuvent évoluer aussi bien sous l'aspect de l'accident primitif, que sous celui des accidents secondaires ou tertiaires.

Les récidives in situ se montrent à des intervalles très variables : tantôt elles apparaissent après des périodes latentes de longue durée ; tantôt elles se succèdent coup sur coup.

Au siège d'accidents cicatrisés depuis longtemps, on trouve encore des cellules embryonnaires capables de proliférer sous l'influence de causes multiples, dont quelques-unes nous sont connues, mais dont beaucoup nous échappent.

Déjà graves : par la durée de la maladie qu'elles prolongent, et par la résistance que beaucoup d'entre elles opposent au traitement, ces manifestations successives peuvent à tout moment abandonner le siège où elles semblaient définitivement fixées ; elles ne donnent donc aucune indication pour le pronostic d'avenir.

Pour empêcher les germes morbides latents d'entrer en activité, il faut un traitement préventif.

Quand les accidents récidivants sont en évolution, au traitement spécifique général on joindra le traitement local chaque fois que le siège des lésions le permettra.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

